



**HAL**  
open science

# État des lieux des connaissances et des pratiques des médecins généralistes picards concernant la prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé

Adrien Defer

## ► To cite this version:

Adrien Defer. État des lieux des connaissances et des pratiques des médecins généralistes picards concernant la prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02093989

**HAL Id: dumas-02093989**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02093989>**

Submitted on 9 Apr 2019

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE**

**FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS**

**ANNEE 2018**

**NUMERO : 2018-109**

**ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES ET DES PRATIQUES  
DES MEDECINS GENERALISTES PICARDS CONCERNANT LA  
PRISE EN CHARGE DE L'EPISODE DEPRESSIF CARACTERISE**

**THESE**

**POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE (DIPLOME D'ETAT)**

**SPECIALITE MEDECINE GENERALE**

**PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT**

**LE 20 SEPTEMBRE 2018**

**PAR**

**Adrien DEFER**

**PRESIDENT DU JURY : Madame le Professeur Catherine BOULNOIS**

**MEMBRES DU JURY : Monsieur le Professeur Bernard DESABLENS**

**Monsieur le Professeur Alain DERVAUX**

**Monsieur le Professeur Frédéric BLOCH**

**DIRECTRICE DE THESE : Madame le Docteur Laetitia ZINGARETTI**

**UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE**

**FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS**

**ANNEE 2018**

**NUMERO : 2018-109**

**ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES ET DES PRATIQUES  
DES MEDECINS GENERALISTES PICARDS CONCERNANT LA  
PRISE EN CHARGE DE L'EPISODE DEPRESSIF CARACTERISE**

**THESE**

**POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE (DIPLOME D'ETAT)**

**SPECIALITE MEDECINE GENERALE**

**PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT**

**LE 20 SEPTEMBRE 2018**

**PAR**

**Adrien DEFER**

**PRESIDENT DU JURY : Madame le Professeur Catherine BOULNOIS**

**MEMBRES DU JURY : Monsieur le Professeur Bernard DESABLENS**

**Monsieur le Professeur Alain DERVAUX**

**Monsieur le Professeur Frédéric BLOCH**

**DIRECTRICE DE THESE : Madame le Docteur Laetitia ZINGARETTI**

## **REMERCIEMENTS**

A ma présidente de jury,

**Madame le Professeur Catherine BOULNOIS**

Professeur de Médecine Générale

Coordonnateur du DES de Médecine Générale

Nous sommes très honorés que vous ayez accepté d'assurer la présidence de cette thèse.

Merci pour l'intérêt que vous avez manifesté à l'égard de notre travail.

Nous vous exprimons toute notre reconnaissance, ainsi que notre profond respect.

Aux membres du jury,

**Monsieur le Professeur Bernard DESABLENS**

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Hématologie – Transfusion

Service d'hématologie clinique et thérapie cellulaire

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger ce travail.

Merci de l'intérêt que vous portez à la médecine générale en participant à notre jury de thèse.

Veillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

**Monsieur le Professeur Alain DERVAUX**

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Psychiatrie Adultes

Merci de l'intérêt porté à notre travail.

Nous sommes honorés que vous ayez accepté de faire partie de notre jury de thèse.

Soyez assuré de notre reconnaissance et de notre sincère respect.

**Monsieur le Professeur Frédéric BLOCH**

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Gériatrie)

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail et nous vous en remercions.

Veillez recevoir l'expression de notre sincère reconnaissance.

**Madame le Docteur Laetitia ZINGARETTI**

Praticien hospitalier

Psychiatrie Adultes

Je te remercie d'avoir accepté de participer à ce travail à mes côtés. Merci pour ta disponibilité ainsi que pour tes précieux conseils. Enfin je tiens à te remercier pour ton accompagnement lors du semestre effectué en psychiatrie, un stage qui m'aura fait évoluer dans mon approche de la pathologie psychiatrique.

Je dédie ce travail :

**A Camille,**

Merci pour ton amour, ton soutien, et ta présence depuis maintenant dix années à mes côtés.

**A Elise,**

Merci de me faire connaître depuis presque deux ans la joie d'être un papa comblé.

**A mes parents,**

Merci pour votre affection et votre soutien sans faille tout au long de ces années. Je vous dois beaucoup.

**A ma sœur et son conjoint,**

J'apprécie que l'on soit si proche, merci de votre soutien.

**A ma belle-famille,**

Merci de m'avoir accueilli si chaleureusement parmi vous.

**A mes nièces,**

Merci pour tout l'affection que l'on partage.

**A mes amis,**

Que vous soyez proche ou loin, merci pour ces bons moments passés à vos côtés et pour ceux à venir.

Merci à tous les médecins que j'ai pu rencontrer au cours de mon cursus universitaire et lors de mes remplacements, et un grand merci aux médecins généralistes Picards ayant participé au questionnaire de cette étude.

## **Table des matières :**

|   |           |
|---|-----------|
| ABREVIATIONS .....  | 10        |
| <b>I. INTRODUCTION .....</b>  | <b>11</b> |
| 1. Définition .....   | 11        |
| 2. Epidémiologie de la dépression.....  | 13        |
| a) En population générale.....  | 13        |
| b) En médecine générale.....  | 13        |
| 3. Recommandations de la prise en charge ambulatoire de la dépression.....                        | 14        |
| a) Traitement par psychothérapie.....   | 15        |
| b) Traitement médicamenteux.....  | 15        |
| <b>II. MATERIEL ET METHODE.....</b>   | <b>17</b> |
| <b>III. RESULTATS.....</b>  | <b>19</b> |
| 1. Caractéristiques des médecins répondeurs.....  | 19        |
| 2. Applications des recommandations HAS .....   | 20        |
| a) Introduction d'un traitement antidépresseur.....   | 20        |
| b) Durée de prescription d'un traitement antidépresseur.....                                      | 21        |
| c) Choix du traitement antidépresseur en première intention.....                                  | 22        |
| d) Association d'un traitement anxiolytique .....   | 23        |
| e) Durée de prescription d'un traitement anxiolytique.....  | 24        |
| f) Orientation vers une psychothérapie.....   | 25        |
| 3. Diagnostic et classification de l'épisode dépressif caractérisé, selon les critères DSM 5..... | 26        |
| a) Déclarations des médecins répondeurs.....  | 26        |
| b) Réponses aux 2 cas cliniques.....  | 27        |
| c) Analyse croisée par genre.....   | 29        |
| d) Analyse croisée selon la durée d'installation.....   | 30        |
| e) Analyse croisée selon le niveau d'activité.....  | 31        |
| f) Analyse croisée selon l'enrichissement ou non des compétences.....                             | 32        |
| 4. Complément de formation concernant la prise en charge d'un EDC.....                            | 33        |
| <b>IV. DISCUSSION.....</b>  | <b>34</b> |
| 1. Forces et limites de l'étude.....  | 34        |
| 2. Applications des recommandations HAS.....  | 35        |

|   |           |
|---|-----------|
| a) Analyse des résultats concernant l'introduction d'un traitement<br>antidépresseur.....               | 35        |
| b) Analyse des résultats concernant la durée de prescription d'un traitement<br>antidépresseur.....     | 37        |
| c) Analyse des résultats concernant le choix du traitement antidépresseur en<br>première intention..... | 38        |
| d) Analyse des résultats concernant l'association d'un traitement<br>anxiolytique.....                  | 38        |
| e) Analyse des résultats concernant la durée de prescription d'un traitement<br>anxiolytique.....       | 39        |
| f) Analyse des résultats concernant l'orientation vers une psychothérapie.....                          | 40        |
| 3. Diagnostic et classification de l'épisode dépressif caractérisé, selon les critères<br>DSM-V.....    | 41        |
| a) Interprétation des analyses croisées selon le genre.....   | 43        |
| b) Interprétation des analyses croisées selon la durée d'installation.....                              | 43        |
| c) Interprétation des analyses croisées selon le niveau d'activité.....                                 | 44        |
| d) Interprétation des analyses croisées selon l'enrichissement ou non des<br>compétences.....           | 44        |
| 4. Complément de formation concernant la prise en charge d'un EDC.....                                  | 45        |
| <b>V. CONCLUSION.....</b>   | <b>47</b> |
| <b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>   | <b>49</b> |
| <b>ANNEXE.....</b>  | <b>51</b> |
| <b>RESUME.....</b>  | <b>56</b> |

## **ABREVIATIONS**

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DU : Diplôme Universitaire

EDC : Episode Dépressif Caractérisé

FMC : Formation Médicale Continue

IMAO : Inhibiteur de la MonoAmine Oxydase

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

IRSNa : Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline

ISRS : Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

# I. INTRODUCTION :

## 1. Définition de la dépression caractérisée

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini la dépression comme « un trouble mental courant, caractérisé par une tristesse, une perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de dévalorisation de soi, un sommeil ou un appétit perturbé, une certaine fatigue et des problèmes de concentration. Elle peut perdurer ou devenir récurrente, entravant ainsi de façon substantielle l'aptitude d'un individu à fonctionner [...] ou à faire face à sa vie quotidienne » (1).

Le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) donne une définition plus précise de la dépression caractérisée (2) qui correspond à la présence, pendant au moins deux semaines, d'au moins cinq symptômes dépressifs, dont une humeur dépressive et/ou une anhédonie marquée. Les symptômes doivent traduire une altération du fonctionnement social et une détresse cliniquement significative. L'épisode ne doit pas être en lien avec un trouble maniaque ou psychotique, ou une affection organique, ni avec l'utilisation de substance psychoactive.

### Voici les critères diagnostiques du DSM-V :

A. Au moins cinq des symptômes suivants ont été présents durant la même période de deux semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement précédent : au moins un de ces symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir.

1) Humeur dépressive présente la plus grande partie de la journée, presque tous les jours, comme signalée par la personne (se sent triste, vide, désespérée) ou observée par les autres (pleure). (Remarque : Chez les enfants et les adolescents, cela peut être une humeur irritable.)

2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes, ou presque toutes les activités, la plus grande partie de la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).

3) Perte de poids significative en l'absence de régime ou gain de poids (changement de poids excédant 5 % en un mois), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.

4)Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

5)Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (observable par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

6)Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

7)Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

8)Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).

9)Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale

Concernant la dénomination du trouble dépressif majeur, le terme anglo-saxon « major » a été traduit par « caractérisé » pour éviter la confusion avec la notion de sévérité.

L'intensité de l'épisode dépressif caractérisé (EDC) est définie par le DSM-V (2) en trois degrés, en fonction du nombre, de l'intensité et du retentissement des symptômes dépressifs :

- « léger » lorsqu'il y a cinq ou six symptômes dépressifs et une altération limitée des activités sociales courantes et des relations avec les autres, ou un fonctionnement normal mais au prix d'efforts importants et inhabituels. L'intensité des symptômes est pénible mais gérable.

- « sévère » lorsqu'il y a huit ou neuf symptômes dépressifs correspondant aux critères diagnostiques et une perturbation nette du fonctionnement social ou professionnel. L'intensité des symptômes est insupportable et ingérable.

- « modérée » lorsque le nombre de symptômes, leur intensité et/ou leur impact sur le fonctionnement social ou professionnel sont compris entre ces deux extrêmes.

L'EDC peut être isolé, s'il n'y pas d'épisode antérieur connu, ou s'intégrer dans un trouble dépressif récurrent, qui correspond à la récurrence d'un nouvel épisode dépressif après une rémission complète d'au moins deux mois.

## 2. Epidémiologie de la dépression

a) En population générale :

La dépression constitue un problème de santé publique. C'est l'une des maladies psychiques les plus répandues en France. La prévalence de l'EDC au cours des douze derniers mois telle que mesurée dans le cadre du Baromètre santé de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) s'élève en France, en 2010, à 7,5 % parmi les 15-85 ans. Cette prévalence est environ deux fois plus importante chez les femmes que chez les hommes (3).

La dépression a des conséquences importantes sur la morbidité et sur la qualité de vie, avec un risque de désinsertion sociale et familiale. De plus, le suicide est un risque évolutif majeur de la dépression. La France est l'un des pays européens ayant le plus fort taux de mortalité par suicide. Chaque année, plus de 10 400 personnes décèdent par suicide, soit environ 16 personnes pour 100 000 (4).

b) En médecine générale :

La dépression est une situation courante en médecine générale. Selon une étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), 67 % des médecins généralistes libéraux prennent en charge, chaque semaine, au moins un patient souffrant d'un état dépressif (5).

Le médecin généraliste instaure souvent lui-même le traitement de la dépression, comme le montre l'étude de la DRESS, selon laquelle 88,8 % des généralistes français débutent une prise en charge thérapeutique seul sans prendre d'avis spécialisé (5).

Le suicide est également une problématique importante en médecine générale de ville : au cours des cinq dernières années, huit médecins généralistes sur dix ont été confrontés à la tentative de suicide d'un patient et près de la moitié à un suicide, selon une étude de la DREES publiée en 2012 (5).

### 3. Recommandations de prise en charge ambulatoire de la dépression

En France, il existe plusieurs recommandations de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) et de la Haute Autorité de Santé (HAS) qui codifient la prise en charge de la dépression caractérisée en ambulatoire (6) (7). Elles abordent notamment les traitements médicamenteux, les mesures non médicamenteuses et le recours au spécialiste.

La prise en charge d'un épisode dépressif caractérisé comporte deux phases :

- La phase aiguë (traitement d'attaque), dont l'objectif est la rémission complète des symptômes
- La phase de consolidation, dont l'objectif est de prévenir la rechute de l'épisode.

Dans le trouble dépressif caractérisé unipolaire, le choix de la stratégie thérapeutique repose, d'une part, sur l'évaluation de l'intensité de l'épisode dépressif, et d'autre part, sur les antécédents dépressifs du patient (épisode isolé ou récurrence).

Concernant l'épisode dépressif caractérisé léger, il est recommandé de réaliser en première intention une psychothérapie de soutien. En fonction des préférences du patient ou des compétences du médecin généraliste, ce dernier peut également orienter le patient vers un psychiatre, psychologue clinicien ou psychothérapeute pour avis thérapeutique ou suivi (6).

Si le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé modéré est posé, une psychothérapie de soutien ou structurée doit être envisagée en priorité. Selon l'impression clinique du praticien ou le choix du patient, un antidépresseur peut être associé à la psychothérapie. En cas de rémission complète, il est recommandé de poursuivre le traitement antidépresseur éventuel six mois à un an après la rémission et poursuivre la psychothérapie éventuellement engagée (6).

Après avoir diagnostiqué un épisode dépressif caractérisé sévère et en l'absence de critères d'hospitalisations en lien avec le risque suicidaire (8) ou le retentissement somatique, il est recommandé d'instaurer le traitement antidépresseur d'emblée et d'orienter rapidement le patient vers un psychiatre pour une prise en charge associant une psychothérapie et un antidépresseur. En cas de rémission complète, il est recommandé de poursuivre le traitement antidépresseur six mois à un an après la rémission et poursuivre la psychothérapie éventuellement engagée ; en cas de rémission partielle ou bien de persistance ou d'aggravation des symptômes, il est recommandé de reconsidérer la prise en charge en concertation avec le psychiatre, voire d'envisager une hospitalisation du patient (6).

Quel que soit le grade de sévérité, l'efficacité de la prise en charge, psychothérapique et/ou médicamenteuse, sera évaluée après quatre à huit semaines (7).

a) Traitement par psychothérapie :

En dehors des thérapies structurées, il existe une thérapie non codifiée dans sa technique nommée psychothérapie de soutien.

La psychothérapie de soutien peut être réalisée par un médecin généraliste ou un psychiatre, psychologue clinicien ou psychothérapeute.

Le soutien psychothérapique propre à la relation de soins est une composante fondamentale du traitement de la dépression et cet accompagnement améliore l'adhésion au traitement médicamenteux (9).

b) Traitement médicamenteux :

Il n'existe pas de différence d'efficacité clinique démontrée entre les différents types d'antidépresseurs pour les patients suivis en ambulatoire.

Il est recommandé de choisir l'antidépresseur le mieux toléré, le moins toxique en cas de surdosage, et le plus simple à prescrire, à dose efficace. En raison de leur meilleure tolérance, l'HAS recommande en première intention de prescrire, pour un épisode dépressif modéré à sévère, un Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine (ISRS) ou un Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline (IRSNa) (6) (10).

Les antidépresseurs imipraminiques (tricycliques) sont recommandés en deuxième intention en raison de leur risque de toxicité cardiovasculaire (11).

Les Inhibiteurs de la MonoAmine Oxydase (IMAO) ne sont recommandés qu'en dernier recours, après échec des autres alternatives thérapeutiques, en prescription spécialisée du fait de leurs nombreux effets indésirables et interactions médicamenteuses (12).

Un traitement concomitant par benzodiazépine (ou apparenté) peut être justifié en début de traitement antidépresseur pour une durée de deux à trois semaines en cas d'anxiété, d'agitation ou d'insomnie invalidantes. En effet, le délai d'action des antidépresseurs étant de trois semaines, une association avec un traitement anxiolytique peut être nécessaire afin de lutter contre ces symptômes.

Néanmoins, l'utilisation abusive de benzodiazépines peut entraîner des dépendances physiques, psychiques et des troubles de fonctions cognitives (13).

Comme le précise de Gage.SB dans son étude, « l'utilisation non justifiée à long terme de ces médicaments devrait être considérée comme un problème de santé publique » car l'utilisation prolongée de benzodiazépines est associée à un risque accru de maladie d'Alzheimer (14) .

La coprescription antidépresseur/anxiolytique doit être adaptée au cas par cas, selon l'intensité de la dépression et le profil du patient.

Il est souhaitable que la durée totale du traitement antidépresseur d'un EDC se situe entre six mois et un an après rémission, dans le but de prévenir les rechutes. L'arrêt du traitement ne doit pas se faire à l'initiative du patient ou de sa famille sans accompagnement médical.

Il est recommandé d'arrêter progressivement le traitement antidépresseur, sur plusieurs semaines ou mois, pour prévenir le risque de sevrage ainsi que le risque de rechute.

Le syndrome dépressif étant un problème majeur de santé publique et le médecin généraliste étant au cœur du diagnostic et de la prise en charge thérapeutique, j'ai choisi de réaliser un travail de thèse sur ce sujet.

L'objectif principal de ce travail est de dresser un état des lieux de l'application des recommandations HAS concernant le syndrome dépressif, par le médecin généraliste de l'Aisne, l'Oise et la Somme.

L'objectif secondaire est d'évaluer les connaissances des médecins généralistes de ces mêmes départements, concernant le diagnostic du syndrome dépressif, et ce en rapport avec les critères DSM-V.

Afin de répondre à ces objectifs, nous avons réalisé cette étude en interrogeant les médecins généralistes Picards sur leurs habitudes de prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé, du diagnostic à la prise en charge.

Dans un premier temps nous expliquerons la méthodologie de travail et en exposerons les résultats ; puis dans un second temps, nous discuterons des résultats en les confrontant à ceux des études récentes.

## II. MATERIEL ET METHODE :

Trois départements composent l'ancienne Picardie : l'Aisne, l'Oise et la Somme. Selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins, 3202 médecins généralistes sont inscrits au tableau de l'ordre dans ces trois départements, en 2017 (15) ; 40,9% des médecins généralistes Picards sont des femmes (chiffre de 2016).

Il s'agit d'une étude quantitative, transversale, descriptive. L'enquête s'est déroulée par envoi postal de questionnaire (**Annexe**) accompagné d'une enveloppe retour préimbrée destinée à mon adresse personnelle. Quelques lignes explicatives quant aux modalités de l'étude introduisaient le questionnaire et mon adresse mail ainsi que mon numéro de téléphone étaient précisés si le médecin participant avait besoin d'informations complémentaires.

Ce questionnaire a été adressé à 300 médecins généralistes Picards installés ; 100 par département. Les 300 médecins ont été choisis de manière aléatoire à partir du site internet des Pages Jaunes.

Les questionnaires ont été adressés aux médecins généralistes de ces trois départements le 15 janvier 2018 et les réponses étaient prises en compte jusqu'au 15 mars 2018.

Ce questionnaire anonymisé comportait seize questions, uniquement fermées.

Celui-ci comportait plusieurs parties :

Une partie identifiant les caractéristiques des médecins et de leur exercice libéral.

Une autre partie du questionnaire posant directement la question aux médecins de leur capacité ou non à diagnostiquer et à classer l'épisode dépressif caractérisé.

La plus grande partie du questionnaire évaluant les connaissances des médecins interrogés à travers deux cas cliniques puis des questions à choix multiples quant au diagnostic et au traitement de l'épisode dépressif caractérisé.

Enfin, deux questions concernaient les éventuelles formations complémentaires sur ce thème et sur le souhait ou non de compléter leurs connaissances.

Les données ont été retranscrites informatiquement et traitées grâce au tableur Microsoft office Excel 2016.

Les analyses statistiques ont été réalisées via le site internet BiostaTGV : Test du Chi<sup>2</sup> ou test exact de Fisher selon les conditions d'application. Le seuil de significativité des tests statistiques choisi était  $p < 0,05$ .

### III. RESULTATS :

Sur les 300 questionnaires envoyés dans les trois départements de l'ancienne région Picardie, 151 réponses ont été obtenues. Le taux de réponse est donc de 50,3%.

#### 1. Caractéristiques des médecins répondeurs.

Sur les 151 médecins ayant participé à l'étude, 76 étaient des femmes (50,3%) et 75 étaient des hommes (49,7%).

105 d'entre eux (69,5%) étaient installés depuis au moins dix ans.

La majorité des médecins généralistes répondeurs (78,1%) voit en moyenne plus de 25 patients par jour.

Un enrichissement des compétences en psychiatrie en plus de la formation durant le cursus universitaire, par Formation Médicale Continue (FMC), colloques, Diplôme Universitaire (DU), et lectures personnelles a été rapporté par 55,6% des médecins répondeurs.

Tableau 1 : Description de la population étudiée

| Sexe-Ratio                                    |             |
|---|-------------|
| Homme   | 75 (49,7%)  |
| Femme   | 76 (50,3%)  |
| Nombre d'années d'installation                |             |
| < 10 ans                                      | 46 (30,5%)  |
| >10 ans                                       | 105 (69,5%) |
| Niveau d'activité                             |             |
| < 25 patients/jour                            | 33 (21,9%)  |
| > 25 patients/jour                            | 118 (78,1%) |
| Enrichissement des compétences en psychiatrie |             |
| Oui   | 84 (55,6%)  |
| Non   | 67 (44,4%)  |

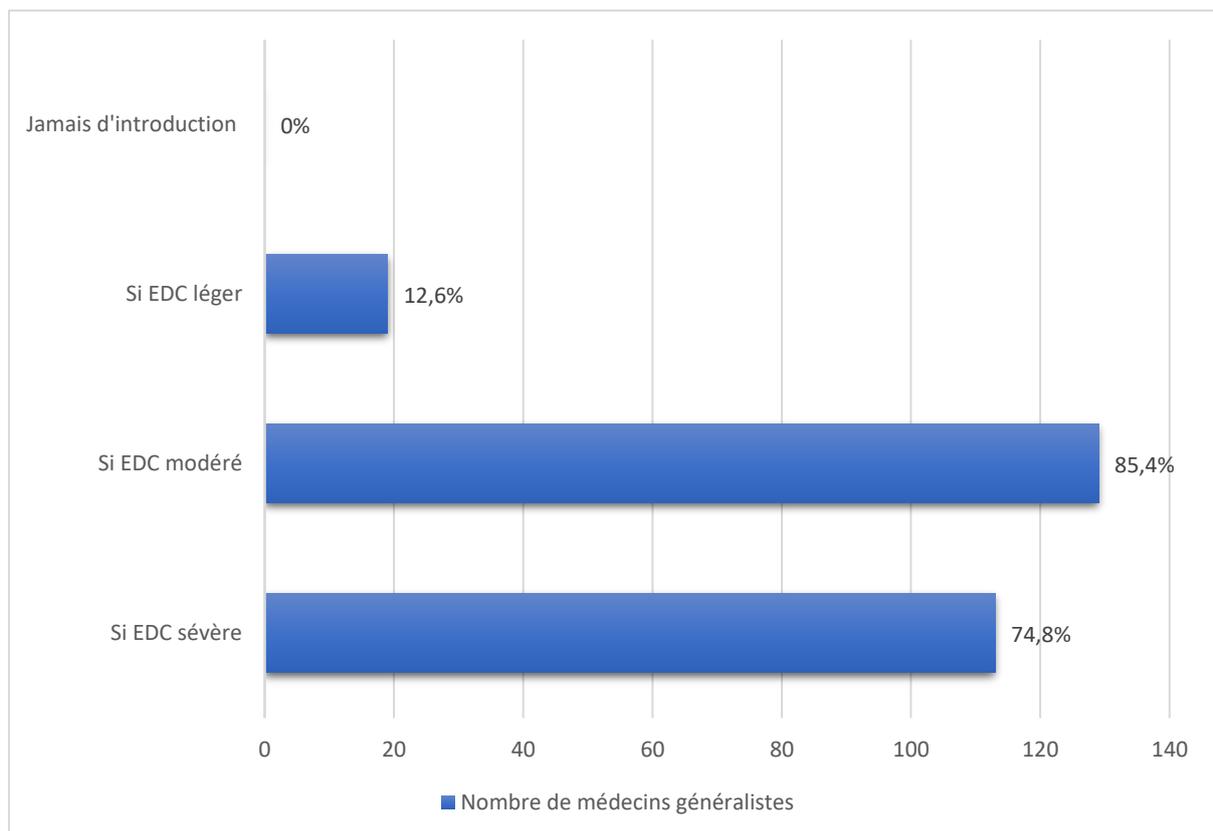
## 2. Application des recommandations HAS concernant la prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé.

### a) Introduction d'un traitement antidépresseur

Un traitement antidépresseur était prescrit par 129 médecins (85,4%) lorsque le diagnostic d'EDC modéré était posé, et par 113 médecins (74,8%) lorsque l'épisode était dit sévère.

En revanche, 19 médecins (12,6%) prescrivaient un traitement antidépresseur lorsqu'ils diagnostiquaient un EDC léger.

Figure 1 : Introduction d'un traitement antidépresseur selon l'intensité de l'EDC

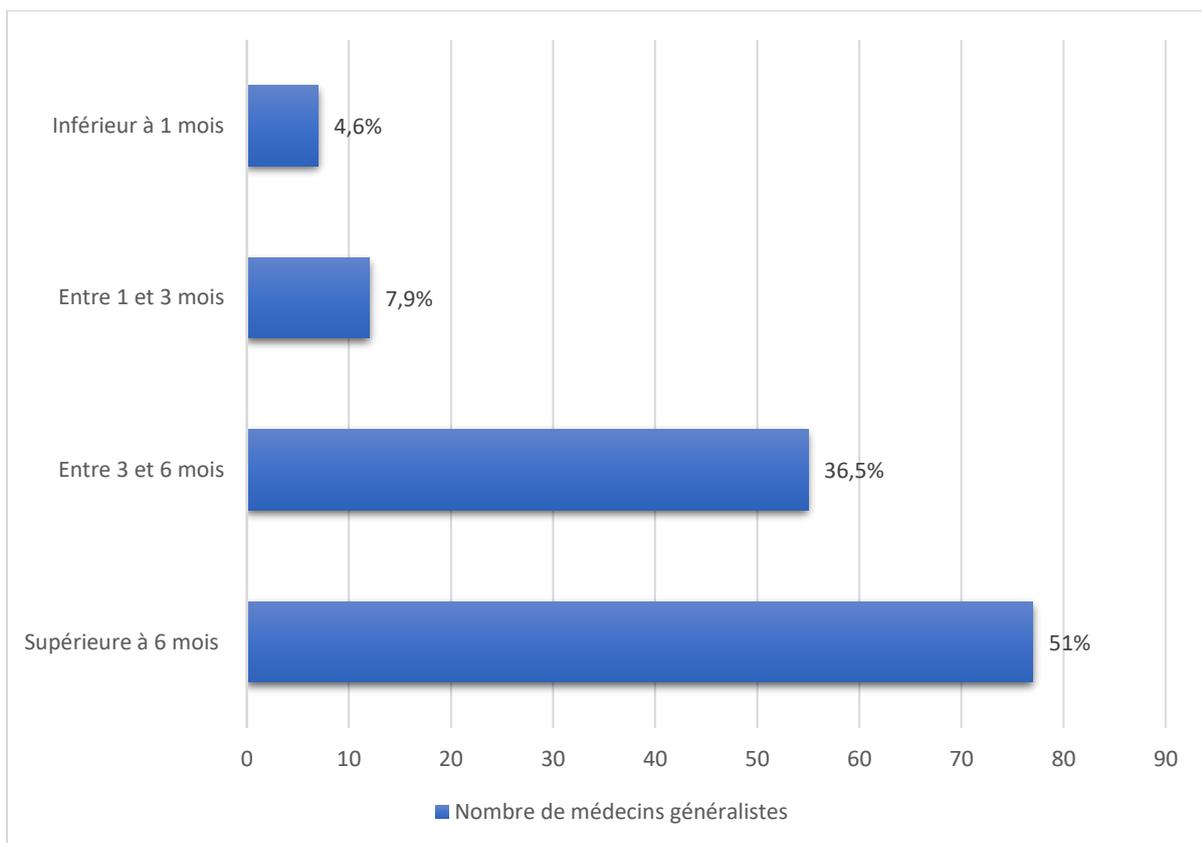


## b) Durée de prescription d'un traitement antidépresseur

77 médecins généralistes répondeurs, soit 51%, prescrivait le traitement antidépresseur pour une durée supérieure à six mois.

55 d'entre eux, soit 36,5%, prescrivait le traitement antidépresseur pour une durée comprise entre trois et six mois ; 7,9% (n=12) entre 1 et 3 mois ; et 4,6% (n=7) disaient le prescrire pour une durée inférieure à un mois.

Figure 2 : Durée totale de prescription d'un traitement antidépresseur



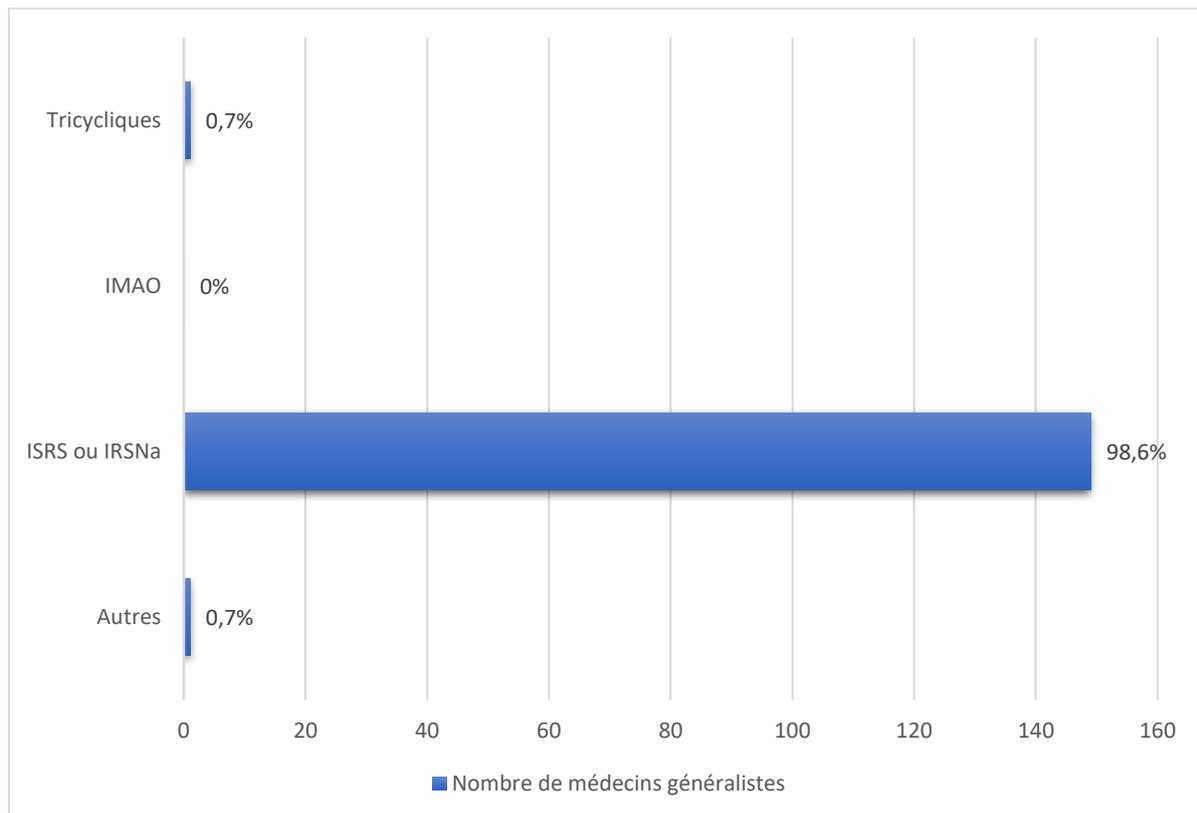
### c) Choix du traitement antidépresseur en première intention

Une grande majorité de médecins répondants (n=149 soit 98,6%) prescrivait en première intention un traitement antidépresseur type ISRS ou IRSNa.

Un seul médecin généraliste répondant prescrivait en première intention un antidépresseur tricyclique (0,7%) ; un seul également prescrivait une autre classe d'antidépresseur non proposée (0,7%).

Aucun d'entre eux ne prescrivait un antidépresseur de la classe des IMAO.

**Figure 3 : Choix de la classe d'antidépresseur en première intention**

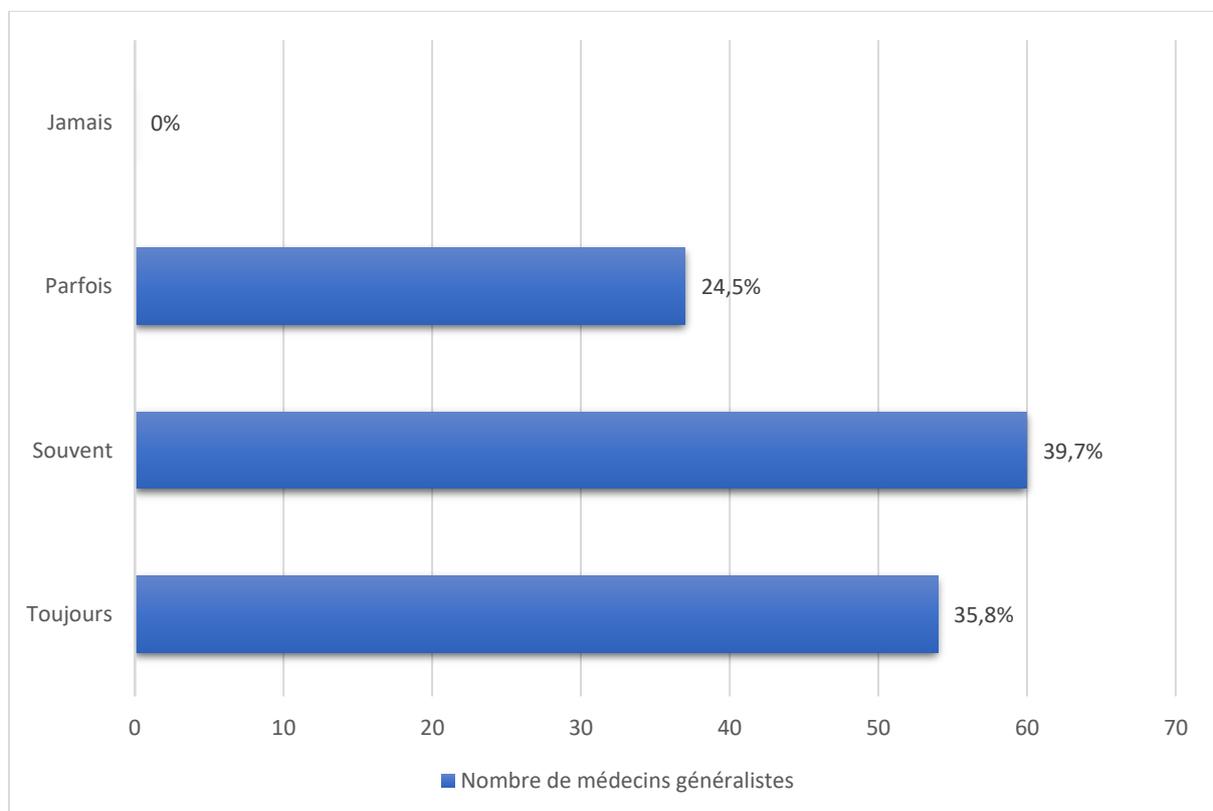


#### d) Association avec traitement anxiolytique

Nombreux sont les médecins associant un traitement anxiolytique au traitement antidépresseur ; en effet 39,7% (n=60) disaient associer souvent les deux traitements médicamenteux alors que 35,8% des médecins répondeurs (n=54) déclaraient toujours les associer.

En revanche, aucun des médecins généralistes répondeurs ne prescrivait jamais d'anxiolytique en association au traitement antidépresseur.

Figure 4 : Association d'un traitement anxiolytique au traitement antidépresseur

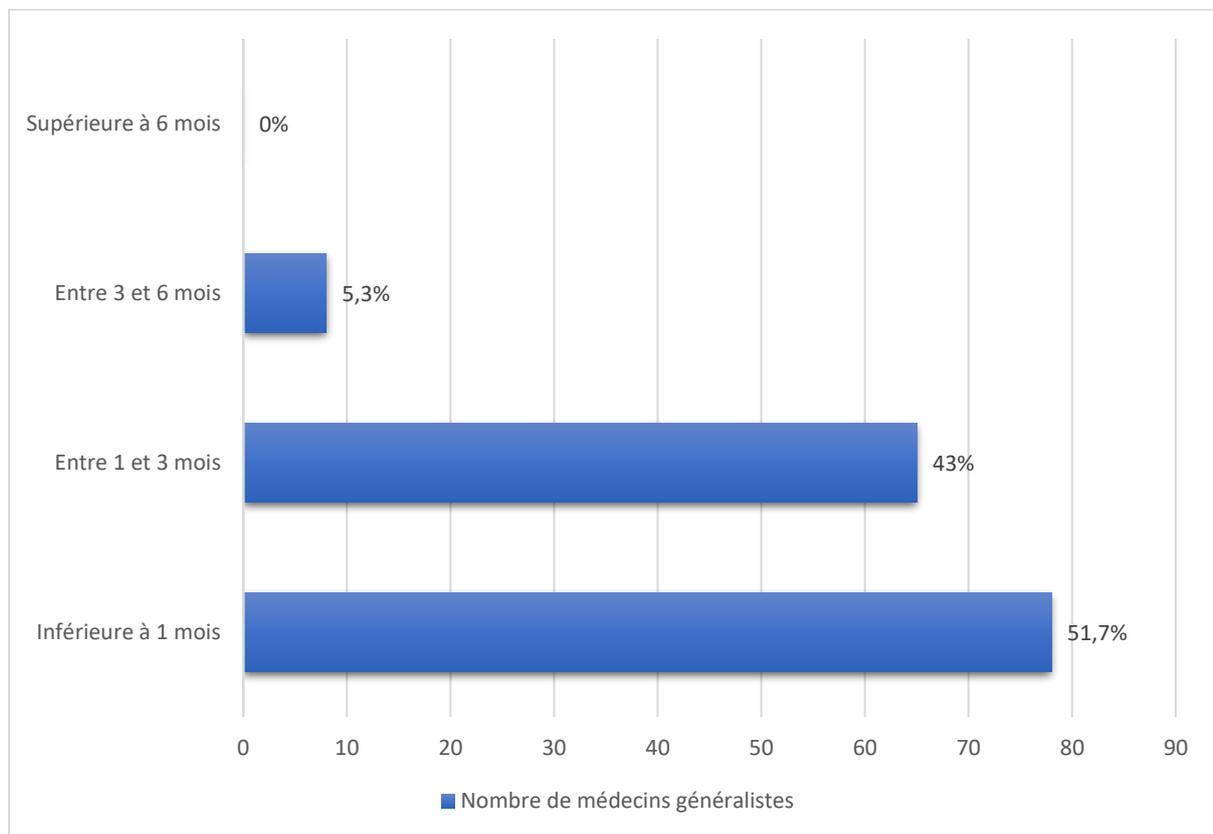


e) Durée de prescription d'un traitement anxiolytique

94,7% des médecins répondeurs (N=143) prescrivait le traitement anxiolytique pour une durée inférieure à trois mois ; aucun d'entre eux ne le prescrivait pour une durée supérieure à six mois.

51,7% (N=78) prescrivait le traitement anxiolytique pour une durée inférieure ou égale à un mois.

Figure 5 : Durée de prescription d'un traitement anxiolytique

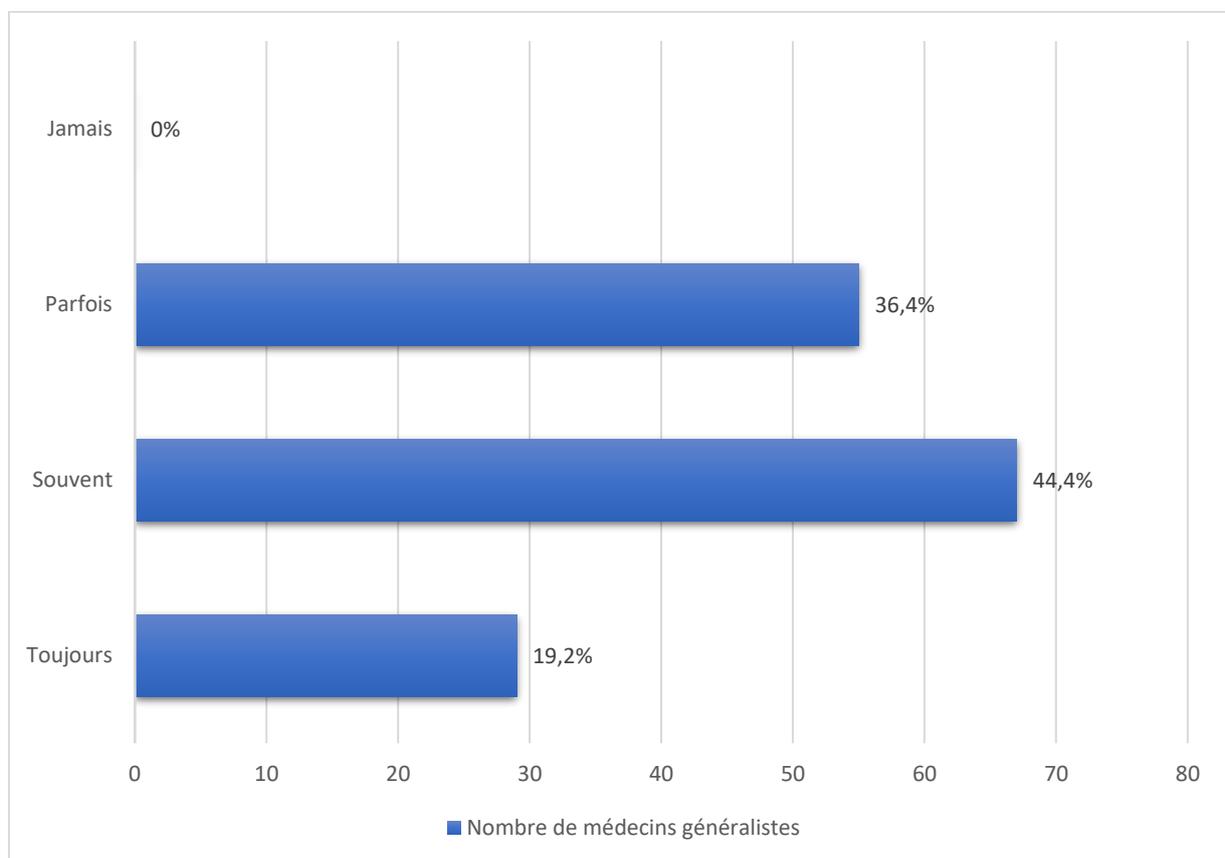


f) Orientation vers une psychothérapie

63,6% des médecins répondeurs (n=96) disaient orienter le patient vers une psychothérapie dans la plupart voir pour tous les cas ; en revanche 36,4% (n=55) ne disaient la prescrire que parfois.

Aucun médecin déclarait ne jamais orienter le patient vers une psychothérapie dans le cadre d'un épisode dépressif caractérisé.

Figure 6 : Orientation vers une psychothérapie



### 3.Diagnostic et classification de l'épisode dépressif caractérisé, selon les critères DSM 5.

#### a) Déclarations des médecins répondeurs

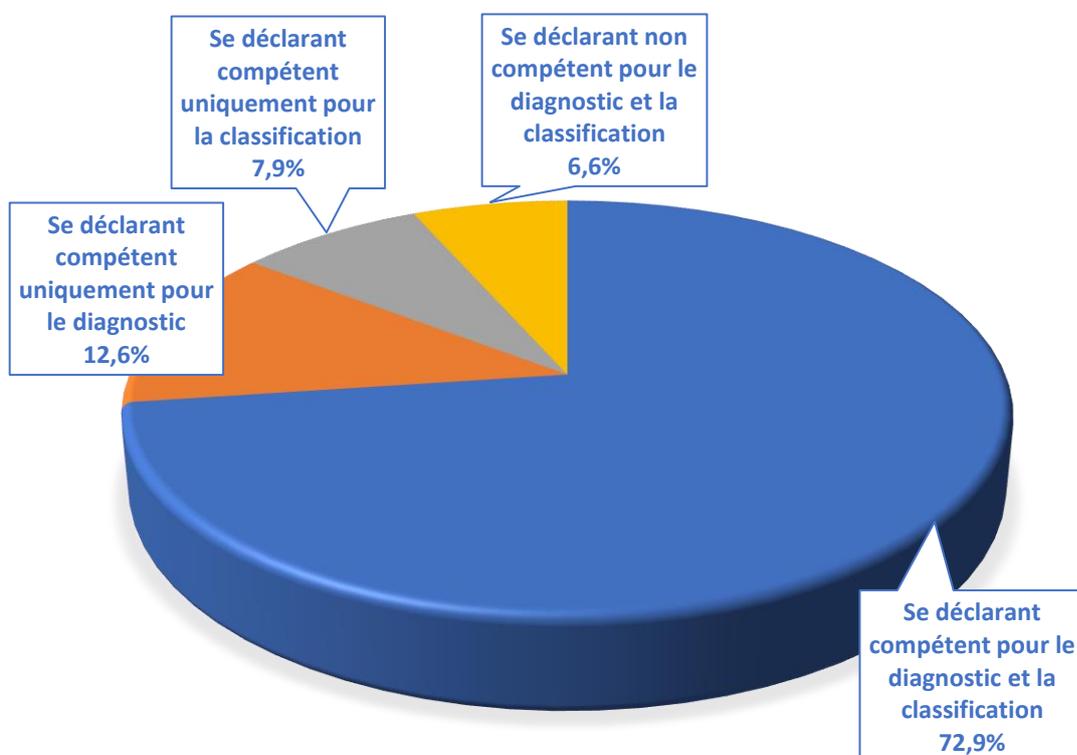
85,4% des médecins généralistes ont déclaré savoir diagnostiquer un EDC selon les critères DSM-V ; 80,8% d'entre eux disaient savoir classifier un EDC, toujours selon ces critères.

72,9% des médecins répondeurs (n=110) disaient savoir diagnostiquer ainsi que classifier selon son intensité un épisode dépressif caractérisé, en s'appuyant sur les critères DSM-V.

En revanche 6,6% (n=10) ont avoué ne savoir ni diagnostiquer ni classifier un épisode dépressif caractérisé, selon ces mêmes critères de référence.

12,6% (n=19) affirmaient savoir diagnostiquer un épisode dépressif caractérisé mais ne pas savoir le classifier selon son intensité ; alors que 7,9% (n=12) déclaraient ne pas savoir diagnostiquer un épisode dépressif caractérisé mais pour autant savoir le classifier selon son intensité (léger, modéré ou sévère).

Figure 7 : Déclarations par les médecins généralistes de leurs compétences ou non à diagnostiquer et classifier un EDC



## b) Réponses aux 2 cas cliniques

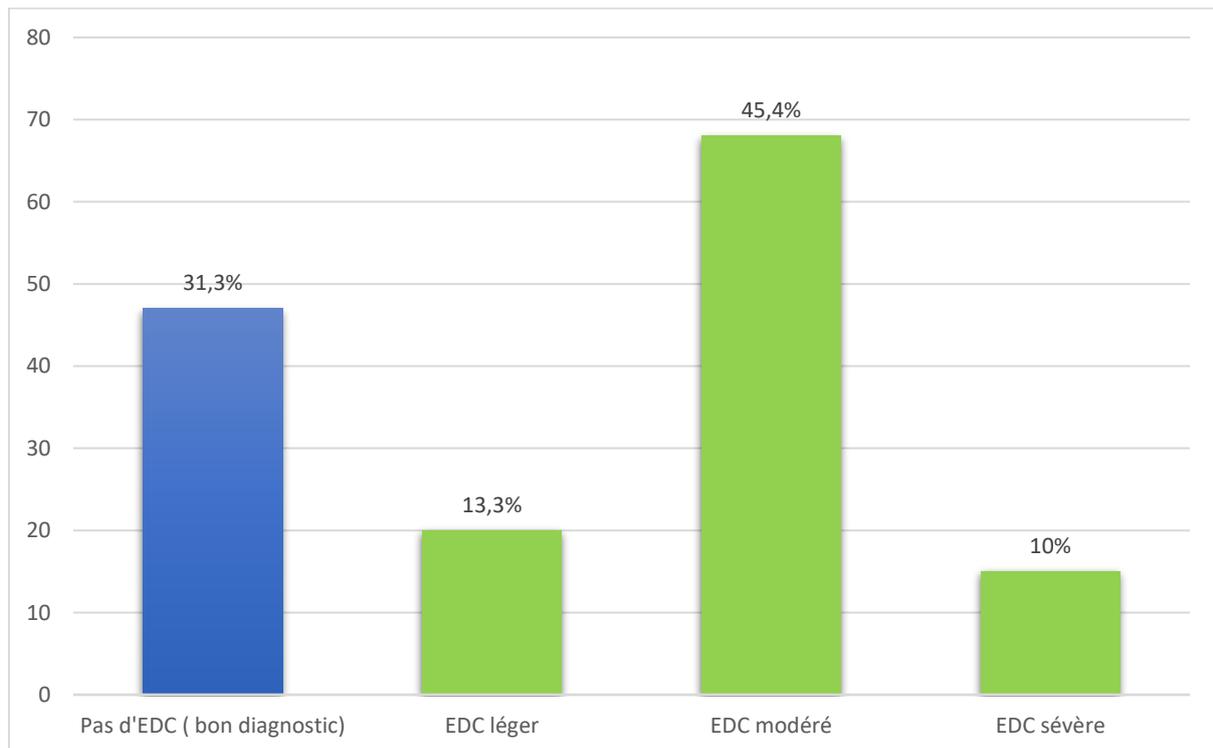
Le cas clinique évoquant Monsieur X exposait une situation où le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé ne pouvait être posé uniquement avec les éléments mentionnés.

31,3% (n=47) des médecins répondants affirmaient bien qu'il ne s'agissait pas là d'un épisode dépressif caractérisé.

13,3% (n=20) ont diagnostiqué un épisode dépressif caractérisé léger, 45,4% (n=68) un épisode dépressif caractérisé modéré, et 10% (n=15) un épisode dépressif caractérisé dit sévère.

Un médecin a refusé de répondre au cas clinique.

Figure 8 : Réponses au cas clinique de Monsieur X



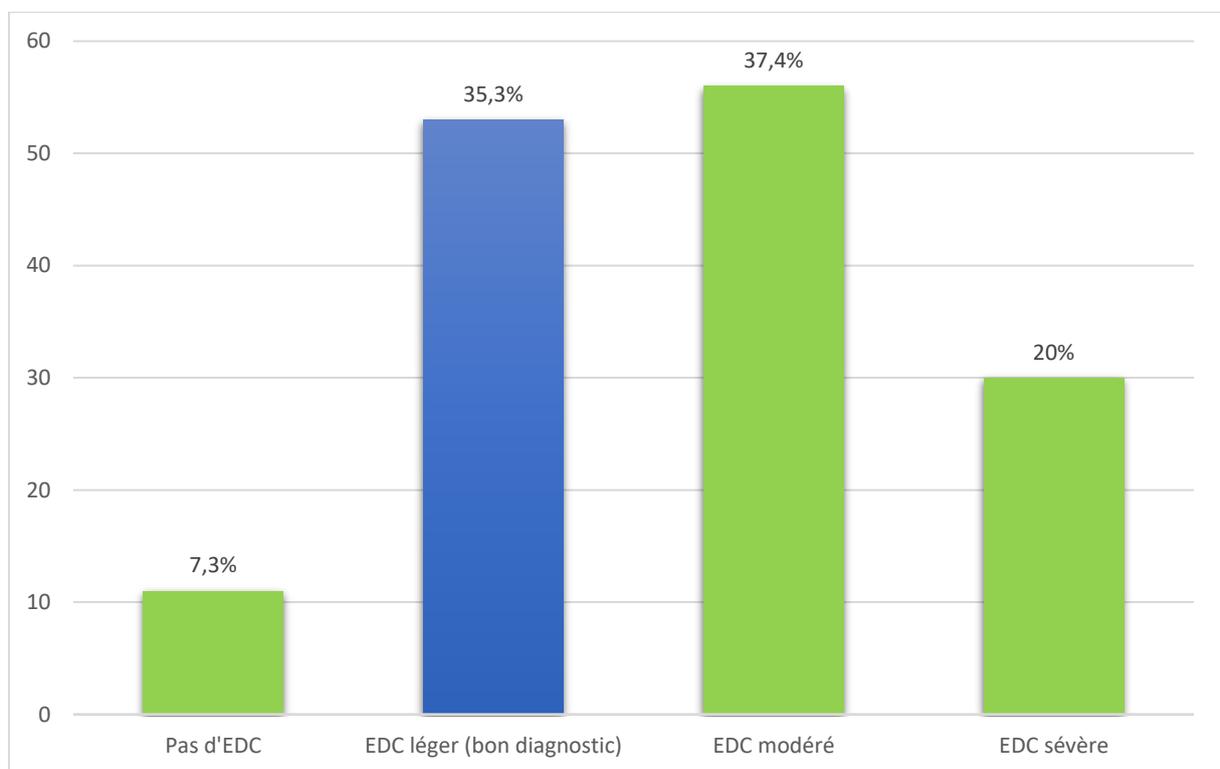
Le cas clinique de Madame Y évoquait une situation où le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé léger pouvait être posé compte tenu des éléments disponibles.

35,3% (n=53) des médecins répondants affirmaient bien qu'il s'agissait là d'un épisode dépressif caractérisé d'intensité légère.

37,4% (n=56) ont diagnostiqué un épisode dépressif caractérisé modéré, 20% (n=30) un épisode dépressif caractérisé sévère, alors que 7,3% (n=11) ne diagnostiquent pas d'épisode dépressif caractérisé.

Un médecin a refusé de répondre au cas clinique.

Figure 9 : Réponses au cas clinique de Madame Y



Des analyses croisées ont été réalisées dans le but de déterminer s'il existait une différence sur les compétences diagnostiques de l'épisode dépressif caractérisé en fonction des caractéristiques du médecin répondant (sexe, durée d'installation, niveau d'activité, enrichissement des compétences en psychiatrie)

c) Analyse croisée par genre

Tableau 2 : Tableau de contingence des compétences diagnostiques en fonction du sexe du médecin généraliste.

| Sexe \ Diagnostic | Erreur de diagnostic<br>(0 ou 1 bonne<br>réponse) | Bons diagnostics<br>(2 bonnes réponses) | Total |
|-------------------|---|---|-------|
| Homme             | 64  | 10                                      | 74    |
| Femme             | 70  | 6                                       | 76    |
| Total             | 134   | 16                                      | 150   |

Test du Chi<sup>2</sup> : p = 0,26 (non significatif)

Le nombre de médecins ayant diagnostiqué correctement les deux cas cliniques n'était pas significativement différent selon le sexe du médecin répondeur (p=0,26).

Tableau 3 : Tableau de contingence des compétences diagnostiques en fonction du sexe du médecin généraliste.

| Sexe \ Diagnostic | Double erreur<br>diagnostic | Au moins une bonne<br>réponse | Total |
|-------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------|
| Homme             | 30                          | 44                            | 74    |
| Femme             | 36                          | 40                            | 76    |
| Total             | 66                          | 84                            | 150   |

Test du Chi<sup>2</sup> : p = 0,39 (non significatif)

Le nombre de médecins ayant posé deux diagnostics erronés n'était pas significativement différent selon le sexe du médecin répondeur (p=0,39).

d) Analyse croisée selon la durée d'installation

Tableau 4 : Tableau de contingence des compétences diagnostiques en fonction de la durée d'installation du médecin généraliste.

| Diagnostic<br>Installation | Erreur de diagnostic<br>(0 ou 1 bonne réponse) | Bon diagnostic<br>(2 bonnes réponses) | Total |
|----------------------------|--|---------------------------------------|-------|
| Inférieur à 10ans          | 40   | 6                                     | 46    |
| Supérieur à 10ans          | 94   | 10                                    | 104   |
| Total                      | 134  | 16                                    | 150   |

Test exact de Fisher :  $p = 0,57$  (non significatif)

Le nombre de médecins ayant diagnostiqué correctement les deux cas cliniques n'était pas significativement différent selon la durée d'installation ( $p=0,57$ ).

Tableau 5 : Tableau de contingence des compétences diagnostiques en fonction de la durée d'installation du médecin généraliste.

| Diagnostic<br>Installation | Double erreur<br>diagnostic | Au moins une bonne<br>réponse | Total |
|----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------|
| Inférieure à 10 ans        | 13                          | 33                            | 46    |
| Supérieure à 10ans         | 53                          | 51                            | 104   |
| Total                      | 66                          | 84                            | 150   |

Test de Chi<sup>2</sup> :  $p = 0,01$  (significatif)

Le nombre de médecins ayant posé deux diagnostics erronés était significativement différent selon la durée d'installation ( $p = 0,01$ ).

e) Analyse croisée selon le niveau d'activité

Tableau 6 : Tableau de contingence des compétences diagnostiques en fonction du niveau d'activité du médecin généraliste.

| Diagnostic<br>Niveau<br>D'activité | Erreur diagnostic<br>(0 ou 1 bonne réponse) | Bon diagnostic<br>(2 bonnes réponses) | Total |
|------------------------------------|---|---------------------------------------|-------|
| Moins de 25patients/j              | 29  | 4                                     | 33    |
| Plus de 25patients/j               | 105   | 12                                    | 117   |
| Total                              | 134   | 16                                    | 150   |

Test exact de Fisher :  $p = 0,75$  (non significatif)

Le nombre de médecins ayant diagnostiqué correctement les deux cas cliniques n'était pas significativement différent selon le niveau d'activité ( $p=0,75$ )

Tableau 7 : Tableau de contingence des compétences diagnostiques en fonction du niveau d'activité du médecin généraliste.

| Diagnostic<br>Niveau<br>D'activité | Double<br>erreur<br>diagnostic | Au moins une bonne<br>réponse | Total |
|------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------|
| Moins de 25 patients/j             | 13                             | 33                            | 33    |
| Plus de 25 patients/j              | 53                             | 118                           | 117   |
| Total                              | 66                             | 84                            | 150   |

Test Chi<sup>2</sup> :  $p = 0,72$  (non significatif)

Le nombre de médecins ayant posé deux diagnostics erronés n'était pas significativement différent selon le niveau d'activité ( $p=0,72$ )

f) Analyse croisée selon l'enrichissement ou non des compétences

Tableau 8 : Tableau de contingence des compétences diagnostiques en fonction de l'enrichissement des compétences en psychiatrie (FMC, colloques, lectures personnelles...)

| Diagnostic<br>Complément<br>De formation | Erreur diagnostic<br>(0 ou 1 bonne<br>réponse) | Bon diagnostic<br>(2 bonnes réponses) | Total |
|--|--|---------------------------------------|-------|
| Oui                                      | 74   | 9                                     | 83    |
| Non                                      | 60   | 7                                     | 67    |
| Total                                    | 134  | 16                                    | 150   |

Test de Chi<sup>2</sup> : p = 0,93 (non significatif)

Le nombre de médecins ayant diagnostiqué correctement les deux cas cliniques n'était pas significativement différent selon l'enrichissement ou non des compétences en psychiatrie (p=0,93)

Tableau 9 : Tableau de contingence des compétences diagnostiques en fonction de l'enrichissement des compétences en psychiatrie (FMC, colloques, lectures personnelles...)

| Diagnostic<br>Complément<br>De formation | Double erreur<br>diagnostic | Au moins une bonne<br>réponse | Total |
|--|-----------------------------|-------------------------------|-------|
| Oui                                      | 35                          | 48                            | 83    |
| Non                                      | 31                          | 36                            | 67    |
| Total                                    | 66                          | 84                            | 150   |

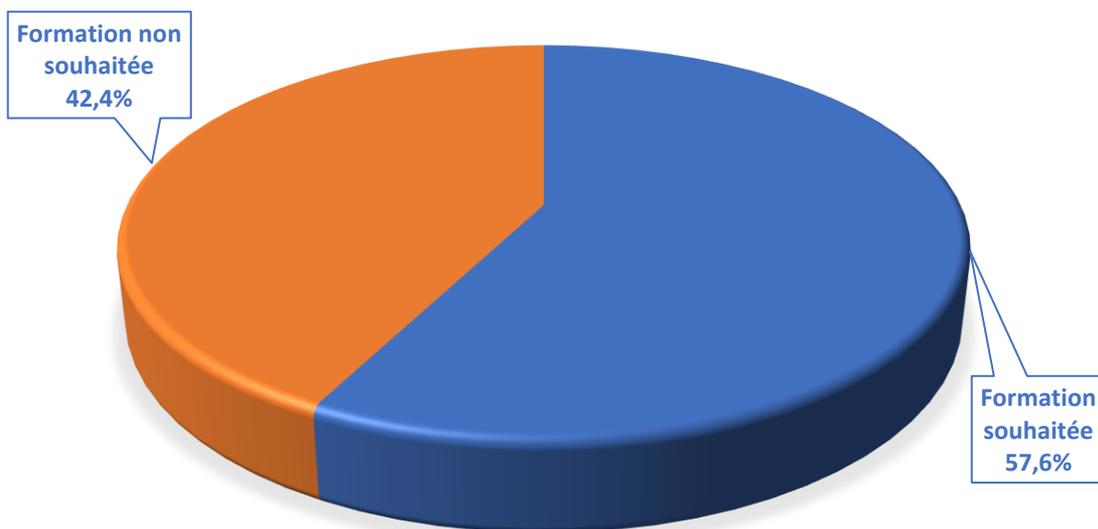
Test de Chi<sup>2</sup> : p = 0,61 (non significatif)

Le nombre de médecins ayant posé deux diagnostics erronés n'était pas significativement différent selon l'enrichissement ou non des compétences en psychiatrie (p=0,61)

#### 4. Complément de formation concernant la prise en charge d'un EDC

Sur les 151 médecins généralistes répondants, une majorité (N=87 soit 57,6%) était favorable à un complément de formation en psychiatrie et plus précisément concernant la prise en charge d'un EDC (via FMC, colloques...) alors que 42,4% d'entre eux (N=64) ne souhaitent pas compléter leurs connaissances.

Figure 10 : Formation complémentaire concernant la prise en charge d'un EDC



## IV. DISCUSSION

L'objectif principal de ce travail était de dresser un état des lieux de l'application des recommandations HAS concernant l'EDC, par le médecin généraliste Picard.

L'objectif secondaire était d'évaluer les connaissances des médecins généralistes de ces mêmes départements, concernant le diagnostic de l'EDC, et ce en rapport avec les critères DSM-V.

### 1. Forces et limites de l'étude

#### Forces

Ce questionnaire a été envoyé à 300 médecins généralistes Picards installés.

Nous avons obtenu 151 réponses soit un taux de participation de 50,3% qui a révélé un intérêt certain pour le sujet.

#### Biais de sélection

Dans notre étude, les médecins répondants étaient presque autant d'hommes que de femmes (75 hommes et 76 femmes)

Cependant en Picardie 40,9% des médecins généralistes Picards sont des femmes (15).

Cela peut s'expliquer soit par l'intérêt plus prononcée des médecins généralistes femmes sur ce sujet, soit par un biais de sélection. Les médecins généralistes ont été choisis en fonction des résultats présentés par le site des Pages Jaunes ; certaines adresses postales n'étaient plus d'actualité (cinq courriers présentaient une erreur quant au destinataire et son adresse, et m'ont ainsi été retournés).

La représentativité de l'échantillon quant à sa répartition géographique n'a pu être calculée car la question demandant le département d'exercice n'a tout simplement pas été posée.

## Biais lié à l'élaboration du questionnaire

L'épisode dépressif caractérisé est un sujet très vaste qui aurait pu faire l'objet de multiples questions aux médecins généralistes. Nous avons la volonté de réaliser un questionnaire court et concis afin d'augmenter le nombre de réponses. Il est vrai que l'élaboration du questionnaire aurait pu être plus précise.

D'ailleurs la question n°10 n'a pas été intégrée dans la partie résultat car après relecture, celle-ci n'apporte rien sorti du contexte de la consultation entre le médecin et le patient.

## Biais de compréhension

Nous avons interrogé les médecins généralistes au travers de deux cas cliniques, chacun mettant en avant des symptômes dépressifs plus ou moins nombreux, plus ou moins marqués.

Bien que les diagnostics établis se basent sur les critères DSM-V, il est évident qu'un cas clinique succinct ne remplacera jamais une situation médicale au cabinet où le médecin connaît les antécédents et se fait une idée de l'état du patient au fil de la consultation.

## 2. Application des recommandations HAS

### a) Analyse des résultats concernant l'introduction d'un traitement antidépresseur

Les dernières recommandations HAS stipulent qu'un traitement antidépresseur peut être introduit par le médecin généraliste chez un patient présentant un épisode dépressif caractérisé « modéré » si le médecin le juge nécessaire et doit être introduit rapidement si le patient présente un épisode dépressif caractérisé « sévère » (6). Dans notre étude, seul 12,6% des médecins généralistes répondants ne suivaient pas les recommandations HAS et introduisaient un traitement antidépresseur lorsque le diagnostic d'EDC léger était posé. 85,4% introduisaient un traitement antidépresseur lorsqu'un EDC modéré était diagnostiqué ; 74,8% lorsque le diagnostic d'EDC sévère était posé.

Les résultats montrant que le médecin généraliste introduisait moins souvent l'antidépresseur pour un EDC sévère que pour un EDC modéré étaient cohérents par rapport aux recommandations HAS (6). En effet, confronté à un EDC qu'il juge sévère, le médecin

généraliste oriente autant que possible le patient vers le psychiatre, et cela avant toute introduction thérapeutique.

Néanmoins, les recommandations stipulent qu'un traitement médicamenteux doit être mis en route le plus précocement possible lorsqu'un EDC sévère est diagnostiqué. Comme l'ont fait remarquer plusieurs médecins répondants (malgré les questions fermées du questionnaire), l'introduction d'un traitement par le médecin généraliste lorsque le diagnostic d'EDC sévère est inévitable du fait d'un délai d'attente « important », « de plusieurs mois » et d'une « faible disponibilité en urgence relative » des médecins psychiatres.

Ces remarques évoquées par les médecins répondants vont dans le sens de l'étude de Mercier A. et al.: celle-ci exposait le fait que 69 % des 2097 médecins généralistes interrogés dans la région Nord-Ouest de la France déclaraient que l'obtention d'un rendez-vous rapide auprès d'un psychiatre était un « problème majeur » (16).

Cela explique que près de trois quarts des médecins généralistes introduisaient un traitement antidépresseur lorsque l'EDC était jugé sévère.

Nous aurions pu nous attendre à un pourcentage plus faible de médecins généralistes introduisant un traitement lorsque le diagnostic d'EDC sévère était posé mais ce résultat ainsi que les remarques écrites par quelques médecins répondants laissent à penser qu'il existe un défaut de communication entre médecins généralistes et psychiatres. Une collaboration améliorée entre ces deux spécialités médicales faciliterait les prises en charge thérapeutiques des EDC, notamment pour ceux d'intensité sévère.

Au cours de mes stages d'internat en médecine libérale, j'ai pu constater que les patients présentant un EDC étaient adressés aux urgences psychiatriques avant tout du fait du risque suicidaire majeur. Mais lorsque le risque suicidaire n'était pas jugé imminent, l'orientation vers le spécialiste était la plupart du temps différée, parfois de plusieurs semaines.

Cette habitude du médecin généraliste de ne pas adresser le patient aux urgences psychiatriques en dehors d'un risque suicidaire majeur peut s'expliquer par le fait que beaucoup de patients sont réfractaires à une prise en charge hospitalière. Expliquer aux patients que cela n'implique pas nécessairement une hospitalisation prolongée semble primordial.

L'introduction thérapeutique pourrait ainsi être réalisée par le spécialiste et ce dernier pourrait mettre en place rapidement le suivi en externe adapté au patient ainsi qu'organiser le traitement par psychothérapie structurée.

Suivant les délais, un retard de prise en charge peut s'avérer délétère pour le patient. L'articulation médecine de ville / médecine hospitalière se doit d'être renforcée.

b) Analyse des résultats concernant la durée totale de prescription d'un traitement antidépresseur

Dans notre étude, une majorité de médecins généralistes (51%) prescrivait le traitement antidépresseur pour une durée supérieure à six mois, conformément aux recommandations HAS d'octobre 2017 (6).

Dans la littérature, la plupart des études qui évaluaient la durée du traitement antidépresseur chez les patients présentant un EDC, s'appuyaient sur la durée de délivrance du médicament par la pharmacie. C'est le cas pour l'étude de Tournier et al. (17) qui étudiait la durée des traitements antidépresseurs et ses déterminants à partir des bases de l'Assurance Maladie. Cette étude montrait que la plupart des traitements duraient moins de six mois (81,7%) et plus de la moitié vingt-huit jours ou moins (58,1%).

Ces données précisaient que la durée des traitements antidépresseurs est souvent inadaptée mais celles-ci ne peuvent être comparées aux données de notre étude, qui portaient sur l'intention du prescripteur lors de l'introduction du traitement antidépresseur et non sur la durée effective de prise du médicament par le patient.

Les résultats de notre étude montraient tout de même que 49% des médecins généralistes répondeurs prescrivait un traitement antidépresseur pour une durée inférieure à six mois et même 12,5% pour une durée inférieure à trois mois.

Ce taux élevé de praticien prescrivant un traitement antidépresseur de durée trop courte peut poser la question d'un défaut de formation des médecins généralistes, en matière de thérapeutique dans l'EDC.

Néanmoins, il pourrait être intéressant, au cours d'une autre étude, de déterminer si cette prescription de durée réduite est strictement du fait du médecin généraliste. En effet, en s'appuyant sur les données de l'étude de Tournier et al. (17), il est possible que le médecin généraliste réduise la durée du traitement au maximum afin d'optimiser l'observance du patient et ainsi avoir la mainmise sur cette prescription médicamenteuse.

J'ai notamment pu constater au cours de mes stages et de mes remplacements que de nombreux patients tentent le sevrage médicamenteux de manière brutale, sans prévenir le médecin, sans en mesurer les conséquences. Le traitement médicamenteux est parfois arrêté prématurément par le patient lui-même. Une étude réalisée en Champagne-Ardenne et Lorraine sur des patients dépressifs adultes confirme cette tendance (18) ; elle montrait que les antidépresseurs étaient interrompus dans 58,1 % des cas à l'initiative du malade, principalement en raison d'un sentiment subjectif de guérison (47,6 %) ou de survenue d'effets indésirables (23,6 %).

Fixer des objectifs à court terme au patient et décroître la posologie plus rapidement que ne le recommande l'HAS peut paraître plus aisé pour certains médecins généralistes. En effet, le patient présente souvent une réticence à une prise en charge médicamenteuse de longue durée ; l'observance du patient ne peut qu'être augmenté si l'on se fixe des objectifs réguliers de décroissance de posologie, et le médecin généraliste maîtrise mieux cette prise en charge.

#### c) Analyse des résultats concernant le choix de l'antidépresseur

En raison de leur meilleure tolérance, l'HAS recommande en première intention de prescrire, pour un épisode dépressif modéré à sévère, un ISRS ou un IRSNa. Cette recommandation était parfaitement suivie par les médecins généralistes Picards (98,6%).

Nos résultats étaient comparables aux données d'autres études françaises portant sur la population adulte atteinte d'épisode dépressif caractérisé. En effet, dans leur étude de 2009 (18), Herique A. et Kahn J-P. montraient que les ISRS et les IRSNa étaient prescrits en première intention dans 80,5% des cas. De même, dans l'étude de Fournier A. de 2014 (19), 97% des médecins généralistes interrogés dans trois départements du centre de la France prescrivaient « souvent » ou « toujours » en première intention des ISRS ou des IRSNa chez les patients présentant un épisode dépressif caractérisé nécessitant un traitement antidépresseur.

#### d) Analyse des résultats concernant l'association avec traitement anxiolytique

Selon les recommandations de l'HAS et de l'AFSSAPS (6) (7), les benzodiazépines ou autres médicaments apparentés ne doivent pas être prescrits systématiquement en association au traitement antidépresseur. Ceux-ci n'ont d'intérêt uniquement si l'épisode dépressif caractérisé s'accompagne d'insomnie et/ou d'une anxiété invalidante ne pouvant attendre l'efficacité optimale du traitement antidépresseur.

Dans notre étude, plus de trois médecins généralistes sur quatre (75,5%) déclaraient associer souvent voire toujours un traitement anxiolytique au traitement antidépresseur.

Cette utilisation excessive des anxiolytiques a été soulignée dans plusieurs études. Ainsi, dans l'étude de Dumesnil et al. de 2012 (5), le cas fictif de dépression caractérisée chez un adulte soumis aux médecins interrogés ne décrivait aucun symptôme d'anxiété, d'agitation ou de troubles du sommeil. Cependant, 67 % des praticiens proposant un traitement médicamenteux, prescrivaient un antidépresseur avec un anxiolytique lorsque la dépression était sévère, et 49 % le faisaient dans le cas non sévère. De même, dans l'étude de Fournier A. (19), 63,3 % des médecins généralistes interrogés associaient systématiquement « souvent » ou « toujours » un anxiolytique et un antidépresseur, chez leurs patients adultes présentant un syndrome dépressif d'intensité modérée.

Le délai d'action des antidépresseurs constitue l'une des principales limites de ces traitements comme le précise Gourion D. dans son étude (20). C'est pourquoi la forte fréquence de la coprescription antidépresseur-anxiolytique s'explique vraisemblablement par la mise en œuvre du principe de précaution vis-à-vis du risque de levée d'inhibition et de passage à l'acte suicidaire à l'instauration de l'antidépresseur, dû à un délai d'action toujours trop important.

Néanmoins, comme le rappelle Martin P. (21) dans son étude, très souvent ce sont les benzodiazépines qui sont associées alors « qu'elles-mêmes entraînent des levées d'inhibition ou une tendance à diminuer la capacité à différer un comportement, ce qui va également dans le sens d'une augmentation du risque suicidaire ».

#### e) Analyse des résultats concernant la durée de prescription d'un traitement anxiolytique

Selon les recommandations de l'AFSSAPS (7), la durée d'un traitement par benzodiazépine et apparentés doit être la plus courte possible, afin de limiter le risque de tolérance pharmacologique et de dépendance psychique et physique.

Dans notre étude, une majorité des médecins généralistes répondeurs (51,7%) suivaient ces recommandations en prescrivant le traitement anxiolytique pour une durée inférieure ou égale

à un mois. Plus de neuf médecins généralistes sur dix (94,7%) prescrivait un traitement anxiolytique pour une durée inférieure à trois mois.

Ces résultats semblaient en accord avec l'étude de Merle-Bert L. (22) , qui montrait que seul 9% des médecins généralistes interrogés prescrivait le traitement anxiolytique pour une durée supérieure à trois mois en association au traitement antidépresseur.

On constate donc que les médecins généralistes associent trop souvent les anxiolytiques aux antidépresseurs, et ce même si les symptômes d'anxiété, d'agitation ou de trouble du sommeil ne sont pas présents. En revanche, lorsque les anxiolytiques sont prescrits, il est à noter que la durée est le plus souvent conforme aux recommandations. La motivation première est probablement en rapport avec l'efficacité différée de l'antidépresseur.

#### f) Analyse des résultats concernant l'orientation vers une psychothérapie

Quel que soit le degré de sévérité de l'épisode dépressif caractérisé, l'HAS recommande de mettre en place une psychothérapie (6). Selon le degré de sévérité, cette psychothérapie sera de soutien ou structurée, associée ou non à un traitement médicamenteux, pratiquée par le médecin généraliste ou non (psychologue, psychothérapeute, psychiatre).

Dans notre étude, près de deux tiers des médecins généralistes répondants (63,6%) disaient orienter le patient vers une psychothérapie dans la plupart voir dans tous les cas, en adéquation avec les recommandations HAS.

L'étude menée par Dumesnil et al. (5) montrait que la majorité des médecins généralistes avait une opinion favorable vis-à-vis des psychothérapies et ils reconnaissaient l'efficacité de ce traitement pour traiter la dépression. 72% d'entre eux déclaraient « qu'elles constituent un traitement de la dépression au même titre que les médicaments ».

Néanmoins, la psychothérapie semble sous-utilisée dans la prise en charge de la dépression en France. Selon l'étude de Frémont P. et al. (23) réalisée en 2008, seulement 35 % des médecins généralistes conseillaient, aux adultes atteints de dépression caractérisée, un suivi psychothérapeutique par un spécialiste.

Il convient de préciser qu'il existe ici un biais lié à notre questionnaire ; la question posée aux médecins généralistes évoquait directement l'orientation vers une psychothérapie alors que

celle-ci peut, selon la sévérité de l'épisode dépressif caractérisé, être réalisée par le médecin généraliste lui-même.

La psychothérapie de soutien est basée sur l'écoute, l'empathie, la confiance et comprend une dimension directive de conseil, formation et d'explication (24). Le médecin généraliste, par sa relation avec son patient, réalise une psychothérapie de soutien (25) (26). Comme le souligne Guyotat J. , « il y a psychothérapie chaque fois que sont utilisés à des fins thérapeutiques les mouvements affectifs mis en jeu à l'intérieur de l'esprit du malade et à l'occasion de ses relations avec le thérapeute » (27).

Une nouvelle fois et ce malgré les questions fermées, plusieurs commentaires de médecins évoquaient la difficulté concernant les délais d'attente lorsque le patient est orienté vers le psychologue ou le psychiatre. Les chiffres de notre étude ont pu en être impactés, certains médecins ont peut-être répondu qu'ils n'orientaient que parfois vers une psychothérapie tout simplement parce qu'ils jugeaient le délai d'attente trop important dans la plupart des situations.

Selon l'étude de Dumesnil et al. de 2012 (5), neuf médecins généralistes sur dix s'estimaient efficaces dans la prise en charge de la dépression.

La question de savoir si le médecin généraliste Picard interrogé se sentait efficace dans la prise en charge de l'EDC n'a pas été directement posée dans notre étude. L'objectif était plutôt de savoir si effectivement la prise en charge de l'EDC par le médecin généraliste était en accord avec les recommandations de l'AFSSAPS (7) et de l'HAS (6) .

### 3. Diagnostic et classification de l'épisode dépressif caractérisé, selon les critères DSM-V.

Une partie du questionnaire avait pour objectif de connaître le sentiment du médecin généraliste sur sa capacité ou non à diagnostiquer et/ou classer un EDC selon son intensité.

Dans notre étude, 85,4% disaient savoir diagnostiquer un EDC alors que 80,8% disaient savoir classifier l'EDC selon son intensité. 72,9% déclaraient savoir à la fois diagnostiquer et classifier un EDC, selon les critères DSM.

L'objectif secondaire de notre étude était d'évaluer le médecin généraliste Picard interrogé dans son approche diagnostique de l'EDC.

Cela a donc été réalisé au travers de deux brefs cas cliniques.

Le premier cas clinique évoquait la situation de Monsieur X, 40 ans, arrivant au cabinet en pleurs. Il présentait des troubles du sommeil depuis 1 mois, coïncidant avec sa perte d'emploi. Il disait s'inquiéter de sa perte de poids, et évoquait le fait de ne pas arrêter de repenser aux conditions de son éviction. Il présentait en outre des douleurs abdominales ainsi que des céphalées.

Le diagnostic était donc que ce patient ne présentait pas d'EDC ; le nombre de symptômes évoqués n'étant pas suffisant pour affirmer le contraire, selon les critères DSM-V (2).

Le second cas clinique mettait en avant la situation de Madame Y, 55 ans, consultant pour une asthénie depuis l'éloignement de ses enfants. Elle disait avoir des difficultés de concentration, et ce à cause de ses insomnies. Son entourage la trouvait triste et les sorties entre amis se raréfiaient, du fait d'un manque de plaisir et d'intérêt.

En accord avec les critères du DSM-V(2), le diagnostic d'EDC léger peut être posé.

Bien qu'il convient d'accepter qu'un cas clinique succinct ne remplacera jamais une consultation médicale de plusieurs minutes où les ressentis du médecin sur la situation du patient et de ses antécédents sont primordiaux, il a été mis en évidence une réelle disparité entre les déclarations des médecins généralistes sur leur capacité à diagnostiquer et les résultats des deux cas cliniques.

10,7% des médecins généralistes Picards interrogés ont répondu correctement aux deux cas cliniques et 44% faisaient deux erreurs diagnostiques.

45,3% d'entre eux avaient un bon diagnostic sur deux, à l'un ou à l'autre des cas cliniques.

Ces résultats interpellant, la suite de notre étude consistait à réaliser un croisement des données, afin de rechercher s'il existait une différence sur les compétences diagnostiques de l'EDC en fonction des caractéristiques du médecin répondeur (sexe, durée d'installation, niveau d'activité, enrichissement des compétences en psychiatrie).

Pour chaque caractéristique du médecin, deux tableaux de contingence étaient réalisés.

L'un opposait la notion « strictement deux bonnes réponses » versus « zéro ou une bonne réponse ».

L'autre opposait la notion « au moins une bonne réponse » versus « aucune bonne réponse ».

a) Interprétation des analyses croisées selon le genre.

Le nombre de médecins ayant diagnostiqué correctement les deux cas cliniques n'était pas significativement différent selon le sexe du médecin répondeur ( $p=0,26$ ) ; tout comme le nombre de médecins ayant posé deux diagnostics erronés ( $p=0,39$ ).

Il n'était logiquement pas attendu de différence significative concernant cette caractéristique du médecin mais une étude pourrait être réalisée afin de déterminer s'il existe une différence d'intérêt concernant la symptomatologie dépressive et même plus largement de la spécialité psychiatrique.

b) Interprétation des analyses croisées selon la durée d'installation

Dans ces analyses croisées, une valeur ressortait significative ; en effet le nombre de médecins ayant posé deux diagnostics erronés était significativement différent selon la durée d'installation ( $p = 0,01$ ).

Il était volontaire dans ce questionnaire de renseigner la durée d'installation (inférieur ou supérieur à dix ans) plutôt que de connaître l'âge du médecin généraliste répondeur.

Evidemment, une majorité des jeunes médecins généralistes aura des connaissances en psychiatries plus actualisées, plus récentes et donc peut être mieux mémorisés.

Cependant, connaître la durée d'installation pouvait permettre de différencier le médecin qui connaît bien son patient de celui qui ne le voit que depuis quelques fois (médecins remplaçants ou récemment installés). L'étude de Assih L. (28) confirme que la prise en charge d'un patient dépressif par le médecin généraliste remplaçant ou récemment installé a ses limites et qu'une meilleure connaissance du patient et de son entourage optimise la prise en charge.

Trouver une différence significative en défaveur des médecins généralistes installés depuis plus de dix ans peut s'expliquer par le fait que ces derniers ne jugent plus les patients sur des critères

établis tel que le propose le DSM-V (2) mais plutôt sur une vision globale de la situation (antécédents personnels et familiaux notamment). L'accumulation de symptômes les oriente mais le diagnostic se constitue plus sur une vision d'ensemble.

c) Interprétation des analyses croisées selon le niveau d'activité

Aucun lien n'a pu être établi entre le niveau d'activité (inférieur ou supérieur à 25 patients par jour) et les compétences diagnostiques.

Le nombre de médecins ayant diagnostiqué correctement les 2 cas cliniques et le nombre de médecins ayant posés 2 diagnostics erronés n'étaient pas significativement différent selon le niveau d'activité (respectivement  $p=0,75$  et  $p=0,72$ ).

Cependant, ces cas cliniques sur papier avaient évidemment leurs limites ; en pratique il est probable que le plus le nombre de patient consultés est important dans une journée, plus les erreurs diagnostiques peuvent se rencontrer (interrogatoire plus court et de ce fait patient moins disposé à évoquer tous ses symptômes etc.). Cela pouvait difficilement se mettre en évidence sur des cas cliniques écrits, car dans ce questionnaire, les symptômes n'étaient plus à « rechercher » au cours de la consultation car ils étaient mentionnés en quelques lignes ; les symptômes étaient évoqués clairement. La consultation se doit d'être approfondie et la recherche des symptômes dépressifs prend souvent plus de temps qu'une consultation pour un problème d'ordre somatique.

d) Interprétation des analyses croisées selon l'enrichissement des compétences

Dans notre étude, seulement 55,6% déclaraient avoir reçu, en plus de la formation durant le cursus universitaire, un enrichissement des compétences en psychiatrie (FMC, colloques, DU, lectures personnelles.)

Cependant, les analyses croisées ne mettaient pas en évidence un lien significatif entre les réponses aux cas cliniques et l'éventuel complément de formation, en plus du cursus universitaire.

Le nombre de médecins ayant diagnostiqué correctement les deux cas cliniques n'était pas significativement différent selon l'enrichissement ou non des compétences en psychiatrie ( $p=0,93$ ) ; il en était de même concernant les médecins ayant fait deux diagnostics erronés ( $p=0,61$ ).

Il s'agissait là du résultat le plus inattendu ; dans notre étude l'enrichissement des connaissances n'avait aucune incidence sur les compétences diagnostiques.

Bien que les deux cas cliniques aient mis en évidence des situations où les diagnostics étaient respectivement : « pas d'EDC » et « EDC léger », il est intéressant de constater que le diagnostic le plus fréquemment cité était « EDC modéré ».

Nous constatons donc que dans la plupart des situations, le médecin généraliste avait tendance à surdiagnostiquer l'EDC, où du moins à amplifier son intensité.

En corrélant ces résultats à ceux de la question n°9 qui concernait les cas d'introduction d'un traitement antidépresseur, il est probable que, consciemment ou non, les médecins diagnostiquent plus souvent un cas d'EDC modéré pour ainsi justifier et probablement se rassurer quant à l'apport d'un traitement médicamenteux.

Cela pourrait en partie expliquer la surprescription des traitements antidépresseurs, parfois introduits de manière inadaptée dans certaines situations cliniques de symptomatologie dépressive.

En effet, comme l'évoquait l'étude de Vega.A (29), la France se distingue parmi les pays européens par des consommations et des prescriptions élevées de médicaments (psychotropes ou non) .

#### 4. Complément de formation concernant la prise en charge d'un EDC

La dernière question posée aux médecins généralistes s'intéressait au souhait ou non d'avoir un complément de formation concernant la psychiatrie et notamment concernant la prise en charge globale d'un EDC.

57,6% des médecins généralistes répondants étaient favorables à un complément de formation, et 42,4% d'entre eux ne l'étaient pas.

Plutôt dans le questionnaire, nous avons constaté qu'une grande majorité des médecins généralistes (72,9%) ont répondu se sentir compétent concernant le diagnostic et la classification.

Cela pourrait expliquer la faible majorité de médecins souhaitant un complément de formation, ceux-ci n'étant pas convaincus de la nécessité de cette formation complémentaire. L'étude de Dumesnil and al. (5) confirmait cette tendance en exposant le fait que 84% des médecins généralistes interrogés s'estimaient suffisamment formés sur le diagnostic et le traitement de la dépression.

Par ailleurs, cette faible majorité de médecins favorables à un complément de formation peut s'expliquer par un désintérêt des médecins généralistes vis-à-vis de la spécialité qu'est la psychiatrie, ainsi que par un manque de temps à consacrer à ces pathologies dépressives. Le suivi d'une pathologie dépressive se doit d'être régulier, et il est souvent décrit comme chronophage. En pratique, maintenir la durée de consultation à quinze minutes face à un patient présentant une symptomatologie dépressive est illusoire.

Mise à part pour la réalisation d'un test d'évaluation de la dépression par l'échelle de Hamilton en ambulatoire (30) (31), aucune cotation répertoriée n'existe pour la psychothérapie réalisée par le médecin généraliste. La tarification unique à vingt-cinq euros peut décourager le médecin généraliste à s'impliquer dans une psychothérapie de soutien. Il serait intéressant, via une autre étude, de déterminer si une cotation adaptée à la réalisation d'une psychothérapie de soutien serait susceptible de modifier les prises en charge par le médecin généraliste ou si tout simplement il existe un désintérêt des médecins généralistes concernant cette pathologie psychiatrique occupant pourtant une place importante dans la pratique de la médecine générale.

## **V. Conclusion :**

La dépression est un problème majeur de santé publique, par le fait qu'il s'agit d'une pathologie fréquente, récidivante et invalidante. Une mauvaise prise en charge globale expose à un risque majeur de suicide.

Les médecins généralistes interviennent régulièrement en premier lieu dans le diagnostic de l'EDC et lors de la mise en place d'un traitement.

Concernant la mise en route d'un traitement antidépresseur, on constate que les médecins généralistes Picards étaient conformes aux recommandations HAS : traitement par ISRS ou IRSNa, et ce lorsque l'EDC est jugé au moins de degré modéré. Néanmoins, à peine plus de la moitié le prescrivait pour une durée supérieure ou égale à six mois, le minimum recommandé.

De plus, une association avec un traitement anxiolytique semble trop souvent systématique chez de nombreux médecins. Cependant, lorsqu'il est instauré, le traitement anxiolytique était prescrit pour une courte durée.

La psychothérapie est une mesure indispensable dans le traitement de l'EDC, et ce quel que soit le degré de sévérité. Cela est confirmé par les résultats de notre étude, mais encore plus d'un médecin sur trois n'orientait que peu de fois le patient vers une psychothérapie.

Il est probable que certains médecins généralistes ne considèrent pas qu'ils réalisent une psychothérapie de soutien lorsqu'ils réalisent un suivi d'EDC, pensant uniquement écouter et conseiller le patient.

Avant toute stratégie thérapeutique, il convient au praticien de confirmer le diagnostic d'EDC et d'en déterminer l'intensité, selon les recommandations.

Notre étude montre, notamment au travers de deux cas cliniques, que le diagnostic d'EDC n'est pas aussi aisé qu'il n'y paraît. Évidemment, c'est aussi le cas en pratique. D'une part, les définitions de l'épisode léger, modéré et sévère sont floues et subjectives, notamment pour le degré modéré, qui est défini par la présence de manifestations n'étant ni légères ni sévères. L'incertitude du praticien concernant le degré d'intensité de la dépression de son patient, peut donc entraîner une surprescription d'antidépresseurs.

Le problème majeur n'est donc pas seulement en lien avec la prise en charge thérapeutique de l'EDC, il l'est également avec le diagnostic initial.

Notre travail suggère donc que des changements sont nécessaires afin d'améliorer la prise en charge de l'EDC. Bien qu'étant au cœur de la prise en charge de l'EDC, un médecin généraliste peut n'avoir eu comme formation que celle enseignée au travers d'items établis pour l'examen national classant. Il pourrait convenir de la mise en place de cours complémentaires obligatoires avec mise en pratique durant l'internat de médecine générale, aussi bien sur le plan diagnostic que sur le plan thérapeutique. Des formations complémentaires où médecins généralistes et psychiatres seraient réunies régulièrement semblent primordiaux afin d'optimiser la prise en charge de l'EDC, problème majeur de santé publique.

## BIBLIOGRAPHIE

1. OMS | Dépression [En ligne]. WHO. [cité 12 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/topics/depression/fr/>
2. American Psychiatric Association. DSM 5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Cinquième. 2015.
3. Beck F, Guignard R. La dépression en France (2005-2010) : prévalence, recours au soin et sentiment d'information de la population. Santé Homme. 2012;(421):43-3.
4. Terra J, Beck F, Guignard R. Suicides et tentatives de suicide: etat des lieux en France. Bull Epidémiologique Hebd. 2011;(thématique):47-8.
5. Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. Etudes Résultats. sept 2012;(810).
6. Recommandations HAS [En ligne]. [cité 16 avr 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression\\_adulte\\_recommandations\\_version\\_mel.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_recommandations_version_mel.pdf)
7. Recommandations AFSSAPS [En ligne]. [cité 17 avr 2018]. Disponible sur: [http://www.anism.sante.fr/var/anism\\_site/storage/original/application/9698d423c76ea69ed0a2678ff7a2b2b3.pdf](http://www.anism.sante.fr/var/anism_site/storage/original/application/9698d423c76ea69ed0a2678ff7a2b2b3.pdf)
8. Stephan F, Le Galudec M, Walter M. Quels sont les critères d'hospitalisation en psychiatrie des patients suicidants? In: Conférences psychiatrie 2: troubles psychiatrique-critères d'hospitalisation. 2011.
9. Weyeneth M, Ambresin G, Carballera Y, Contesse V, Crivii C. La psychothérapie de soutien : un pas vers l'éclectisme. In: Psychothérapies. 2004. p. 73-86.
10. Banque de données sur les médicaments Thériaque [En ligne]. [cité 21 août 2018]. Disponible sur: <http://www.theriaque.org/apps/contenu/accueil.php>
11. Loo H, Olié J-P. Effets secondaires des antidépresseurs. In: EMC-Psychiatrie. 2004. p. 294-305.
12. Vidal - IMAO [En ligne]. [cité 18 juin 2018]. Disponible sur: [https://www.vidal.fr/recherche/index/q:IMAO/classe\\_therapeutique@FICHES:2281%7C2318%7C2339/](https://www.vidal.fr/recherche/index/q:IMAO/classe_therapeutique@FICHES:2281%7C2318%7C2339/)
13. Benzodiazépines [En ligne]. Collège National de Pharmacologie Médicale. 2018 [cité 17 juill 2018]. Disponible sur: <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/benzodiazepines>
14. De Gage S, Moride Y, Ducruet T, Kurth T, Verdoux H, Tournier M, et al. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. 2014;349.
15. Demographie medicale en Picardie [En ligne]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2017 [cité 17 avr 2018]. Disponible sur: <https://demographie.medecin.fr/mobile.php#ficindic>

16. Mercier A, Kerhuel N, Stalnikiewitz B, Aulanier S, Boulnois C, Bécrot F. Enquête sur la prise en charge des patients dépressifs en soins primaires: les médecins généralistes ont des difficultés et des solutions. juin 2010;36(Supplément 2):73-82.
17. Tournier M, Cougnard A, Boutouaba-Combe S, Verdoux H. Etude sur la durée des traitements antidépresseurs en France et ses déterminants à partir des données de l'assurance maladie. 2010;(37).
18. Herique A, Kahn J. Réalités et recommandations dans la prescription et l'observance des antidépresseurs en médecine générale: évaluation des pratiques dans le traitement de la dépression en Lorraine et Champagne Ardenne. 2009;(35).
19. Fournier A. Evaluation des pratiques des médecins généralistes sur la prise en charge et le suivi d'un syndrome dépressif unipolaire. Angers; 2014.
20. Gourion D. Délai d'action des antidépresseurs : une problématique clinique, méthodologique et pronostique fondamentale dans le traitement de la dépression majeure. 2007;
21. Martin P. L'association antidépresseur et anxiolytique aujourd'hui: bilan et prospective. 2006;(32).
22. Merle-Bert L. Prise en charge de la dépression caractérisée du sujet âgé par le médecin généraliste. Lyon; 2016.
23. Fremont P, Gerard A, Sechter D, Vanelle J-M, Vidal M. L'alliance thérapeutique au début d'une prise en charge pour dépression par le généraliste. 2008;34:205-10.
24. Druais P. La dépression en médecine générale, une approche spécifique. 2013;39:10-4.
25. Moreau A. Place de la psychothérapie dans la prise en charge de la médecine générale. 2003;66:11-4.
26. Tranchée-Vergé V. De la fonction psychothérapeutique du médecin généraliste: attitude psychothérapeutique, psychothérapie de soutien, psychothérapie spécifique? Poitiers; 2008.
27. Guyotat J. Psychothérapies médicales. Paris: Masson; 1978.
28. Assih L. Prise en charge du syndrome dépressif: Evaluation de pratiques de médecins généralistes remplaçants en Haute-Garonne. Toulouse; 2014.
29. Vega A. Le partage des responsabilités en médecine: une approche socio-anthropologique des pratiques soignantes. 2011.
30. Hamilton-depression [En ligne]. [cité 19 juillet 2018]. Disponible sur: <https://dcf.psychiatry.ufl.edu/files/2011/05/HAMILTON-DEPRESSION.pdf>
31. CCAM [En ligne]. [cité 19 juillet 2018]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/trouver-un-acte/fiche-abregee.php?code=ALQP003>

**ANNEXE : Questionnaire de thèse adressé par voie postale au cours du mois de janvier 2018 à 300 médecins généralistes Picards.**

**1/ Etes-vous :**

- Une femme
- Un homme

**2/ Depuis combien de temps êtes-vous installé ?**

- Moins de 10 ans
- Plus de 10 ans

**3/ Quel est votre niveau d'activité ?**

- Moins de 25 patients par jour
- Plus de 25 patients par jour

**4/ Pensez-vous savoir diagnostiquer un épisode dépressif caractérisé, selon les critères DSM ?**

- Oui
- Non

**5/ Pensez-vous savoir classifier un épisode dépressif majeur selon son intensité ? (léger, modéré ou sévère)**

- Oui
- Non

**6/ Avez-vous eu, en plus de votre formation durant le cursus universitaire, un enrichissement de vos compétences en psychiatrie ? (FMC, colloques, DU, lectures personnelles...)**

- Oui
- Non

**7/ Monsieur X, 40ans, se présente à votre cabinet en pleurs. Il dit ne plus réussir à dormir depuis sa perte d'emploi il y a 1 mois. Il dit ne pas arrêter de repenser aux conditions de son éviction et que cela lui cause des douleurs abdominales et des céphalées récurrentes. De plus, il s'inquiète de sa perte de poids.**

**a) Diagnostiquez-vous pour ce patient un épisode dépressif caractérisé ?**

- Oui
- Non

**b) Si oui est -il :**

- Léger ?
- Modéré ?
- Sévère ?

**8/ Depuis l'éloignement de ses enfants, Madame Y, 55ans, se sent fatigué. Elle continue d'aller au travail mais dit ne plus arriver à se concentrer : « c'est à cause de mes insomnies » . Les sorties avec ses amis se raréfient car elle ne prend plus de plaisir ; ses amis et ses collègues la trouvent triste.**

**a) Diagnostiquez-vous pour cette patiente un épisode dépressif caractérisé ?**

- Oui
- Non

**b) Si oui est -il :**

- Léger ?
- Modéré ?
- Sévère ?

***La suite du questionnaire n'a aucun lien direct avec les 2 cas cliniques ci-dessus***

**9/ Dans quel cas introduisez-vous un traitement médicamenteux par antidépresseur chez un patient présentant un épisode dépressif caractérisé ? (plusieurs réponses possibles)**

- Je n'introduis jamais de traitement antidépresseur
- Si le patient présente un épisode dépressif léger
- Si le patient présente un épisode dépressif modéré
- Si le patient présente un épisode dépressif sévère

**10/Introduisez-vous un traitement antidépresseur lors de la 1ère consultation ?**

- Jamais
- Parfois
- Souvent
- Toujours

**11/Pour quelle durée, au total, prescrivez-vous un traitement antidépresseur ?**

- Inférieur à 1 mois
- entre 1 et 3 mois
- entre 3 et 6 mois
- plus de 6 mois

**12/ Quel traitement antidépresseur instaurez-vous le plus souvent, en première intention ? (une seule réponse possible)**

- Tricycliques (Anafranil®, Laroxyl®)
- IMAO (Moclamine®)
- ISRS ou IRSNA (Effexor®, Prozac®, Seropram®)
- Autres antidépresseurs (Stablon®, Athymil®)

**13/ Associez-vous systématiquement l'antidépresseur avec l'anxiolytique ?**

- Jamais
- Parfois
- Souvent
- Toujours

**14/ En cas d'association antidépresseur anxiolytique, pour quelle durée prescrivez-vous l'anxiolytique ?**

- Inférieur à 1 mois
- entre 1 et 3 mois
- entre 3 et 6 mois
- plus de 6 mois

**15 / Dans le cadre d'un épisode dépressif caractérisé, orientez-vous le patient vers une psychothérapie ?**

- Jamais
- Parfois
- Souvent
- Toujours

**16 / Souhaiteriez-vous avoir un complément de formation concernant la psychiatrie et notamment concernant la prise en charge d'un épisode dépressif ? (FMC, colloques etc....)**

- Oui
- Non

## **Etat des lieux des connaissances et des pratiques des médecins généralistes Picards concernant la prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé.**

### **RESUME :**

**Introduction :** La dépression est un problème majeur de santé publique, dont le médecin généraliste est au cœur de la prise en charge. L'objectif principal était d'évaluer le suivi des recommandations concernant la prise en charge de la dépression. L'objectif secondaire était d'évaluer les connaissances de ces mêmes médecins concernant le diagnostic de la dépression.

**Matériel et méthode :** Une étude quantitative, observationnelle et descriptive a été réalisée. Un questionnaire a été adressé par voie postale à 300 médecins généralistes de Picardie.

**Résultats :** Le taux de réponse a été de 50,3%. Lorsque le médecin présageait de l'intérêt d'un traitement médicamenteux, une majorité prescrivait un traitement antidépresseur par ISRS ou IRSNa (98,6%), et ce pour une durée supérieure à six mois (51%). 75,5% l'associait souvent voire toujours avec un anxiolytique, moins d'un mois pour 51,7% d'entre eux. 63,6% orientait vers une psychothérapie dans la plupart des cas. Néanmoins, une difficulté liée au diagnostic de la dépression a été mise en évidence, cela pouvant expliquer la surprescription de psychotropes. 57,6% était favorable à un complément de formation afin d'optimiser la prise en charge diagnostique et thérapeutique.

**Discussion-Conclusion :** Une formation continue adressée aux médecins généralistes concernant la dépression est primordiale pour améliorer la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la dépression. De plus, un recours amélioré en soins spécialisés en psychiatrie semble également indispensable afin d'optimiser la prise en charge de cette pathologie dont le médecin généraliste est le plus souvent le premier soignant consulté.

**Mots clés :** médecine générale, évaluation des connaissances, dépression, psychiatrie, recommandations, antidépresseurs

### **Inventory of knowledge and practices of general practitioners in Picardie regarding the management of the major depressive disorder.**

### **ABSTRACT :**

**Introduction :** Depression is a public health problem, whose the general practitioner is in the middle of the management. The main objective was to evaluate the follow-up of the recommendations concerning the management of depression. The secondary objective was to evaluate the knowledge of these same doctors about the diagnosis of depression.

**Study design and method :** A quantitative, observational and descriptive study was carried out. A questionnaire was sent by post to 300 general practitioners in Picardie.

**Results :** The response rate was 50,3%. When the doctor presumed the interest of a drug treatment, a majority prescribed an anti-depressant treatment by SSRI or SNRI (98,6%), and this for a duration greater than six months (51%). 75.5% associated it often or always with an anxiolytic, less than one month for 51.7% of them. 63.6% referred to psychotherapy in most cases. However, a difficulty related to the diagnosis of depression has been highlighted, which may explain the over-prescription of psychotropic drugs. 57.6% was in favor of additional training to optimize diagnostic and therapeutic management.

**Discussion-conclusion :** Continuing education for general practitioners regarding depression is essential to improve the diagnosis and treatment of depression. In addition, an improved recourse to specialized psychiatric care also seems essential in order to optimize the management of this pathology, of which the general practitioner is most often the first caregiver consulted.

**Keywords :** general medicine, knowledge's assessment, depression, psychiatry, recommendations, antidepressants

## **Etat des lieux des connaissances et des pratiques des médecins généralistes Picards concernant la prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé.**

### **RESUME :**

**Introduction :** La dépression est un problème majeur de santé publique, dont le médecin généraliste est au cœur de la prise en charge. L'objectif principal était d'évaluer le suivi des recommandations concernant la prise en charge de la dépression. L'objectif secondaire était d'évaluer les connaissances de ces mêmes médecins concernant le diagnostic de la dépression.

**Matériel et méthode :** Une étude quantitative, observationnelle et descriptive a été réalisée. Un questionnaire a été adressé par voie postale à 300 médecins généralistes de Picardie.

**Résultats :** Le taux de réponse a été de 50,3%. Lorsque le médecin présageait de l'intérêt d'un traitement médicamenteux, une majorité prescrivait un traitement antidépresseur par ISRS ou IRSNa (98%), et ce pour une durée supérieure à six mois (51%). 75,5% l'associait souvent voire toujours avec un anxiolytique, moins d'un mois pour 51,7% d'entre eux. 63,6% orientait vers une psychothérapie dans la plupart des cas. Néanmoins, une difficulté liée au diagnostic de la dépression a été mise en évidence, cela pouvant expliquer la surprescription de psychotropes. 57,6% était favorable à un complément de formation afin d'optimiser la prise en charge diagnostique et thérapeutique.

**Discussion-Conclusion :** Une formation continue adressée aux médecins généralistes concernant la dépression est primordiale pour améliorer la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la dépression. De plus, un recours amélioré en soins spécialisés en psychiatrie semble également indispensable afin d'optimiser la prise en charge de cette pathologie dont le médecin généraliste est le plus souvent le premier soignant consulté.

**Mots clés :** médecine générale, évaluation des connaissances, dépression, psychiatrie, recommandations, antidépresseurs

### **Inventory of knowledge and practices of general practitioners in Picardie regarding the management of the major depressive disorder.**

### **ABSTRACT :**

**Introduction :** Depression is a public health problem, whose the general practitioner is in the middle of the management. The main objective was to evaluate the follow-up of the recommendations concerning the management of depression. The secondary objective was to evaluate the knowledge of these same doctors about the diagnosis of depression.

**Study design and method :** A quantitative, observational and descriptive study was carried out. A questionnaire was sent by post to 300 general practitioners in Picardie.

**Results :** The response rate was 50,3%. When the doctor presumed the interest of a drug treatment, a majority prescribed an antidepressants treatment by SSRI or SNRI (98%), and this for a duration greater than six months (51%). 75.5% associated it often or always with an anxiolytic, less than one month for 51.7% of them. 63.6% referred to psychotherapy in most cases. However, a difficulty related to the diagnosis of depression has been highlighted, which may explain the over-prescription of psychotropic drugs. 57.6% was in favor of additional training to optimize diagnostic and therapeutic management.

**Discussion-conclusion :** Continuing education for general practitioners regarding depression is essential to improve the diagnosis and treatment of depression. In addition, an improved recourse to specialized psychiatric care also seems essential in order to optimize the management of this pathology, of which the general practitioner is most often the first caregiver consulted.

**Keywords :** general medicine, knowledge's assessment, depression, psychiatry, recommendations, antidepressants